

SÉNAT

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2024-2025

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Séance du vendredi 22 novembre 2024

(23^e jour de séance de la session)



**PREMIER
MINISTRE**

Direction de l'information
légale et administrative

*Liberté
Égalité
Fraternité*

SOMMAIRE

PRÉSIDENTIE DE M. LOÏC HERVÉ

Secrétaires :

Mme Catherine Di Folco, Mme Patricia Schillinger.

1. Procès-verbal (p. 5517)
2. Mise au point au sujet d'un vote (p. 5517)
3. Financement de la sécurité sociale pour 2025. – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 5517)

TROISIÈME PARTIE (p. 5517)

Avant l'article 15 (p. 5517)

Amendements identiques n° 60 rectifié *bis* de M. Alain Milon et 270 rectifié *bis* de Mme Florence Lassarade. – Retrait des deux amendements.

Article 15 (p. 5518)

Amendements identiques n° 101 rectifié de M. Alain Milon, 580 rectifié de Mme Maryse Carrère, 883 rectifié *bis* de Mme Christine Bonfanti-Dossat, 967 de Mme Céline Brulin et 1123 de Mme Anne Souyris. – Rejet, par scrutin public n° 67, des cinq amendements.

Amendement n° 1370 du Gouvernement et sous-amendement n° 1381 de la commission. – Adoption du sous-amendement et de l'amendement modifié.

Amendements identiques n° 139 de la commission et 1180 de M. Bernard Jomier. – Adoption des deux amendements.

Amendement n° 1247 rectifié de Mme Patricia Schillinger. – Devenu sans objet.

Amendement n° 485 rectifié de Mme Corinne Bourcier. – Retrait.

Amendements identiques n° 141 de la commission et 588 rectifié de Mme Véronique Guillotin. – Adoption des deux amendements.

Amendement n° 486 rectifié de Mme Corinne Bourcier. – Devenu sans objet.

Amendement n° 142 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 140 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 63 rectifié de M. Alain Milon. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Après l'article 15 (p. 5525)

Amendement n° 1181 de M. Bernard Jomier. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 1328 du Gouvernement. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 226 rectifié *sexies* de M. Vincent Louault. – Retrait.

Amendement n° 886 rectifié de Mme Christine Bonfanti-Dossat. – Retrait.

Amendement n° 887 rectifié de Mme Christine Bonfanti-Dossat. – Retrait.

Amendement n° 238 rectifié de M. Sebastien Pla. – Rejet.

Article 15 *bis* (nouveau) (p. 5528)

Amendement n° 1379 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 143 rectifié de la commission. – Adoption.

Amendement n° 144 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 145 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Après l'article 15 *bis* (p. 5530)

Amendement n° 729 rectifié de M. Bernard Jomier. – Retrait.

Amendement n° 756 rectifié de Mme Anne Souyris. – Rejet.

Amendement n° 757 rectifié de Mme Anne Souyris. – Rejet.

Article 15 *ter* (nouveau) – Adoption. (p. 5534)

Article 15 *quater* (nouveau) (p. 5535)

Amendements identiques n° 896 rectifié *bis* de Mme Vanina Paoli-Gagin et 1346 de la commission. – Adoption des deux amendements.

Adoption de l'article modifié.

Article 15 *quinquies* (nouveau) (p. 5535)

Mme Cathy Apourceau-Poly

Mme Annie Le Houerou

Mme Anne Souyris

M. Daniel Chasseing

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales

Amendement n° 852 rectifié *quater* de M. Christophe Chaillou. – Retrait.

Amendement n° 146 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Après l'article 15 *quinquies* (p. 5539)

Amendement n° 523 rectifié *ter* de Mme Véronique Guillotin. – Retrait.

Article 16 (p. 5539)

Mme Émilienne Poumirol

Amendements identiques n°s 399 rectifié de M. Alain Milon, 1013 de Mme Céline Brulin et 1109 de Mme Anne Souyris. – Rejet, par scrutin public n° 68, des trois amendements.

Amendements identiques n°s 147 rectifié de la commission et 1376 du Gouvernement. – Adoption des deux amendements.

Amendement n° 148 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 149 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 150 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 1250 rectifié de Mme Marie-Do Aeschli-mann. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Après l'article 16 (p. 5546)

Amendement n° 14 rectifié *bis* de Mme Nathalie Goulet. – Rejet.

Amendements identiques n°s 154 de la commission, 349 rectifié de M. Xavier Iacovelli et 1337 du Gouvernement ; sous-amendement n° 1335 de M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – Adoption des trois amendements insérant un article additionnel, le sous-amendement n'étant pas soutenu.

Amendement n° 22 rectifié *bis* de Mme Nathalie Goulet. – Retrait.

Amendement n° 16 rectifié de Mme Nathalie Goulet. – Rejet.

Amendement n° 153 rectifié de la commission. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 348 rectifié de M. Xavier Iacovelli. – Retrait.

Amendement n° 17 rectifié *bis* de Mme Nathalie Goulet. – Retrait.

Amendement n° 1332 rectifié du Gouvernement. – Adoption, par scrutin public n° 69, de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 151 de la commission. – Adoption, par scrutin public n° 70, de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 152 rectifié de la commission ; sous-amendements n°s 373 rectifié, 1366 rectifié *ter* et 372 rectifié de M. Jean-Marie Vanlerenberghe. – Retrait des sous-amendements n°s 373 rectifié et 372 rectifié ; adoption du sous-amendement n° 1366 rectifié *ter* et de l'amendement modifié insérant un article additionnel.

Amendements identiques n°s 426 rectifié de M. Alain Milon et 1195 rectifié *quater* de M. Patrick Chaize. – Rejet des deux amendements.

Amendement n° 200 de M. Joshua Hochart. – Rejet.

4. Mise au point au sujet d'un vote (p. 5558)

Suspension et reprise de la séance (p. 5558)

PRÉSIDENTE DE M. DOMINIQUE THÉOPHILE

5. Mise au point au sujet de votes (p. 5558)

6. Financement de la sécurité sociale pour 2025. – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 5558)

Après l'article 16
(*suite*) (p. 5558)

Amendement n° 7 rectifié *bis* de Mme Annick Petrus. – Retrait.

Amendement n° 1134 rectifié de Mme Corinne Bourcier. – Retrait.

Amendements identiques n°s 1133 rectifié de Mme Corinne Bourcier et 1251 rectifié *bis* de Mme Marie-Do Aeschli-mann. – Adoption des deux amendements insérant un article additionnel.

Amendement n° 978 de Mme Céline Brulin. – Rejet.

Amendement n° 40 rectifié de M. Alain Milon. – Retrait.

Amendement n° 38 rectifié *bis* de M. Alain Milon. – Retrait.

Amendement n° 746 de M. Bernard Jomier. – Rejet.

Amendement n° 86 rectifié de M. Alain Milon. – Rejet.

Amendement n° 82 rectifié *bis* de M. Alain Milon. – Retrait.

Amendement n° 84 rectifié de M. Alain Milon. – Rejet.

Amendement n° 1277 rectifié de Mme Solanges Nadille. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 728 de M. Bernard Jomier. – Rejet.

Article 16 *bis* (*nouveau*) (p. 5569)

Mme Cathy Apourceau-Poly

Mme Annie Le Houerou

Amendements identiques n° 155 de la commission et 1333 du Gouvernement. – Adoption des deux amendements rédigeant l'article.

Amendement n° 601 rectifié de Mme Mireille Jouve. – Devenu sans objet.

Article 16 *ter* (nouveau) (p. 5570)

Amendement n° 1129 de Mme Anne Souyris. – Rejet.

Amendement n° 1347 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 156 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Après l'article 16 *ter* (p. 5571)

Amendement n° 20 rectifié de Mme Nathalie Goulet. – Rejet.

Amendement n° 203 de M. Joshua Hochart. – Rejet.

Amendement n° 25 rectifié de Mme Nadia Sollogoub. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 24 rectifié de Mme Nadia Sollogoub. – Retrait.

Article 17 (p. 5573)

Amendements identiques n° 310 de Mme Marie-Claude Lermytte, 354 rectifié *bis* de Mme Brigitte Devésa, 969 de Mme Céline Brulin et 1203 rectifié *bis* de M. Cyril Pellevat. – Rejet, par scrutin public n° 71, de l'amendement n° 969, les amendements n° 310, 354 rectifié *bis* et 1203 rectifié *bis* n'étant pas soutenus.

Amendement n° 157 rectifié de la commission. – Adoption.

Amendement n° 158 de la commission. – Adoption.

Amendements identiques n° 205 rectifié *ter* de M. Paul Toussaint Parigi et 1278 rectifié de Mme Solanges Nadille. – Retrait de l'amendement n° 1278 rectifié, l'amendement n° 205 rectifié *ter* n'étant pas soutenu.

Amendement n° 705 de Mme Émilienne Poumirol. – Rejet.

Amendement n° 1127 de Mme Anne Souyris. – Rejet.

Amendement n° 159 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 1125 de Mme Anne Souyris. – Rejet.

Amendements identiques n° 160 de la commission et 1091 rectifié de M. Olivier Henno. – Adoption des deux amendements.

Amendement n° 161 rectifié de la commission. – Adoption.

Amendement n° 676 de Mme Catherine Conconne. – Rejet.

Amendement n° 1279 rectifié de Mme Solanges Nadille. – Rejet.

Amendement n° 1126 de Mme Anne Souyris. – Rejet.

Adoption de l'article modifié.

Après l'article 17 (p. 5580)

Amendement n° 1130 de Mme Nathalie Goulet repris par la commission sous le n° 1397. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendements identiques n° 276 rectifié de Mme Florence Lassarade et 1325 du Gouvernement ; sous-amendements n° 1363 de M. Victorin Lurel et 1385 de M. Serge Mérillou ; sous-amendements identiques n° 1355 rectifié de M. Dominique Théophile et 1364 rectifié de M. Victorin Lurel. – Rejet des sous-amendements n° 1363 et 1385 ; adoption des sous-amendements n° 1355 rectifié et 1364 rectifié ainsi que des deux amendements modifiés insérant un article additionnel.

Amendement n° 781 de Mme Anne Souyris. – Rejet par scrutin public n° 72.

Amendement n° 1222 rectifié *bis* de M. Serge Mérillou. – Non soutenu.

Amendement n° 568 rectifié *bis* de Mme Annie Le Houerou. – Rejet.

Amendement n° 976 rectifié de Mme Céline Brulin. – Rejet.

Amendement n° 612 rectifié *bis* de M. Michel Masset. – Rejet.

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales

Suspension et reprise de la séance (p. 5587)

Amendement n° 569 rectifié *bis* de Mme Annie Le Houerou. – Rejet.

Amendement n° 681 de M. Jean-Luc Fichet. – Rejet.

Amendement n° 1122 de Mme Anne Souyris. – Rejet.

Amendement n° 386 rectifié *bis* de M. Patrice Joly. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 389 rectifié *bis* de M. Patrice Joly. – Rejet.

Amendement n° 1059 de Mme Mélanie Vogel. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 1131 rectifié *bis* de Mme Corinne Bourcier. – Rejet.

Article 17 *bis* (nouveau) (p. 5594)

Mme Raymonde Poncet Monge

Mme Anne Souyris

Amendement n° 162 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 17 *ter* (nouveau) (p. 5595)

Mme Anne Souyris

Amendement n° 163 de la commission. – Adoption.

Amendements identiques n°s 164 de la commission et 1182 de Mme Annie Le Houerou. – Adoption des deux amendements.

Adoption de l'article modifié.

Article 17 *quater* (nouveau) (p. 5596)

Mme Anne Souyris

Mme Annie Le Houerou

Amendement n° 165 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 1348 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 711 rectifié de Mme Laurence Rossignol. – Rejet.

Adoption de l'article modifié.

Article 17 *quinquies* (nouveau) (p. 5598)

Mme Anne Souyris

Adoption de l'article.

Après l'article 17 *quinquies* (p. 5598)

Amendement n° 732 de Mme Gisèle Jourda. – Rejet.

Amendement n° 391 rectifié de Mme Annick Billon. – Retrait.

Amendement n° 514 de M. Grégory Blanc. – Rejet.

Amendement n° 571 rectifié de Mme Annie Le Houerou. – Rejet.

Amendement n° 1120 de Mme Anne Souyris. – Rejet.

Article 17 *sexies* (nouveau) (p. 5601)

Mme Anne Souyris

Amendement n° 166 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 17 *septies* (nouveau) (p. 5602)

M. Alain Milon

Mme Micheline Jacques

Amendements identiques n°s 167 de la commission et 600 rectifié de Mme Mireille Jouve. – Adoption des deux amendements supplantant l'article.

Article 17 *octies* (nouveau) (p. 5603)

Mme Anne Souyris

Amendements identiques n°s 168 rectifié de la commission et 1336 du Gouvernement. – Adoption des deux amendements.

Adoption de l'article modifié.

Article 17 *nonies* (nouveau) (p. 5604)

Mme Annie Le Houerou

Mme Anne Souyris

Amendement n° 169 de la commission. – Retrait.

Adoption de l'article.

Article 18 (p. 5606)

Mme Émilienne Poumirol

Mme Annie Le Houerou

Amendement n° 698 de Mme Émilienne Poumirol. – Rejet.

Amendement n° 170 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 699 rectifié de Mme Émilienne Poumirol. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Après l'article 18 (p. 5608)

Amendement n° 1324 du Gouvernement. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendements identiques n°s 311 de Mme Marie-Claude Lermytte et 1161 rectifié de Mme Véronique Guillotin. – Adoption de l'amendement n° 1161 rectifié insérant un article additionnel, l'amendement n° 311 n'étant pas soutenu.

Amendement n° 1135 rectifié de Mme Corinne Bourcier. – Retrait.

Amendement n° 455 de M. Daniel Salmon. – Rejet.

Amendements identiques n°s 94 rectifié *ter* de M. Alain Milon, 256 rectifié *bis* de Mme Florence Lassarade et 738 de M. Christian Redon-Sarazy. – Adoption des trois amendements insérant un article additionnel.

Amendement n° 983 de Mme Céline Brulin. – Rejet.

Amendement n° 733 de Mme Gisèle Jourda. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 996 rectifié de Mme Evelyne Corbière Naminzo. – Rejet.

Amendement n° 1229 de M. Xavier Iacovelli. – Rejet.

Amendement n° 1230 de M. Xavier Iacovelli. – Retrait.

Amendement n° 874 rectifié *ter* de M. Jean-Luc Fichet. – Rejet.

Article 19 (p. 5615)

Amendement n° 689 de Mme Émilienne Poumirol. – Rejet.

Amendement n° 786 rectifié *ter* de Mme Nadège Havet. – Rejet.

Amendement n° 307 de Mme Marie-Claude Lermytte. – Non soutenu.

Amendement n° 1016 de Mme Céline Brulin. – Rejet.

Amendements identiques n°s 487 rectifié de Mme Corinne Bourcier, 795 de Mme Anne Souyris et 1017 de Mme Céline Brulin. – Rejet des trois amendements.

Amendement n° 1368 du Gouvernement. – Adoption.

Amendement n° 690 de Mme Émilienne Poumirol. – Adoption.

Amendement n° 79 rectifié de M. Alain Milon. – Retrait.

Amendement n° 81 rectifié de M. Alain Milon. – Retrait.

Amendement n° 171 de la commission. – Adoption.

Amendements identiques n°s 48 rectifié de M. Alain Milon, 553 rectifié de M. Claude Kern et 1150 rectifié *ter* de Mme Martine Berthet. – Retrait de l'amendement n° 553 rectifié; rejet des amendements n°s 48 rectifié et 1150 rectifié *ter*.

Amendement n° 172 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 173 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 318 de M. Aymeric Durox. – Non soutenu.

Amendement n° 599 rectifié de Mme Mireille Jouve. – Non soutenu.

Amendement n° 1176 rectifié *ter* de Mme Agnès Evren. – Rejet.

Amendement n° 691 de Mme Émilienne Poumirol. – Rejet.

Amendement n° 78 rectifié de M. Alain Milon. – Rejet.

Amendement n° 989 rectifié de Mme Céline Brulin. – Rejet.

Amendement n° 1178 rectifié *bis* de Mme Agnès Evren. – Rejet.

Amendement n° 80 rectifié de M. Alain Milon. – Rejet.

Organisation des travaux (p. 5624)

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales

7. Mise au point au sujet d'un vote (p. 5625)

Suspension et reprise de la séance (p. 5625)

PRÉSIDENTE DE M. PIERRE OUZOULIAS

8. Mise au point au sujet de votes (p. 5625)

9. Financement de la sécurité sociale pour 2025. – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 5625)

Article 19
(*suite*) (p. 5625)

Amendement n° 1018 de Mme Céline Brulin. – Rejet.

Amendement n° 693 de Mme Émilienne Poumirol. – Rejet.

Amendement n° 736 rectifié de Mme Laurence Harribey. – Rejet.

Amendement n° 796 de Mme Anne Souyris. – Rejet.

Amendement n° 990 rectifié de Mme Céline Brulin. – Rejet.

Amendement n° 1327 du Gouvernement. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Après l'article 19 (p. 5628)

Amendements identiques n°s 1349 de la commission et 1354 du Gouvernement. – Adoption des deux amendements insérant un article additionnel.

Amendement n° 1380 de la commission. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendements identiques n°s 378 rectifié de M. Christopher Szczurek, 430 rectifié *quinquies* de M. Stéphane Fouassin et 1057 rectifié de M. Daniel Chasseing. – Rejet des amendements n°s 430 rectifié *quinquies* et 1057 rectifié, l'amendement n° 378 rectifié n'étant pas soutenu.

Amendement n° 751 de Mme Anne Souyris. – Rejet.

Amendements identiques n°s 764 rectifié *ter* de Mme Marion Canalès, 1216 rectifié *bis* de M. Didier Mandelli et 1224 rectifié *ter* de M. Serge Mérillou. – Rejet des amendements n°s 764 rectifié *ter* et 1216 rectifié *bis*, l'amendement n° 1224 rectifié *ter* n'étant pas soutenu.

Amendement n° 31 rectifié de M. Alain Milon. – Rejet.

Amendement n° 750 de Mme Anne Souyris. – Rejet.

Article 20 (p. 5632)

Amendements identiques n°s 991 de Mme Céline Brulin et 1121 de Mme Anne Souyris. – Rejet des deux amendements.

Amendement n° 174 rectifié de la commission. – Adoption.

Amendement n° 1316 rectifié *ter* de M. Patrick Chaize. – Devenu sans objet.

Amendement n° 797 de Mme Anne Souyris. – Devenu sans objet.

Amendement n° 496 rectifié de Mme Corinne Bourcier. – Devenu sans objet.

Amendements identiques n°s 1019 de Mme Céline Brulin et 1143 de Mme Émilienne Poumirol. – Devenus sans objet.

Amendement n° 175 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 1128 de Mme Anne Souyris. – Rejet.

Adoption de l'article modifié.

Après l'article 20 (p. 5636)

Amendement n° 1194 du Gouvernement. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 425 rectifié de M. Alain Milon. – Rejet.

Amendement n° 1132 rectifié *bis* de Mme Corinne Bourcier. – Rejet.

Amendement n° 1375 du Gouvernement et sous-amendement n° 1389 de Mme Viviane Malet. – Adoption du sous-amendement et de l'amendement modifié insérant un article additionnel.

Article 21 (p. 5641)

Mme Anne Souyris

Amendements identiques n°s 176 de la commission, 538 rectifié *ter* de Mme Annick Jacquemet, 802 rectifié de Mme Raymonde Poncet Monge, 1292 rectifié de Mme Solanges Nadille et 1340 du Gouvernement. – L'amendement n° 538 rectifié *ter* n'est pas soutenu.

Amendement n° 490 rectifié de Mme Corinne Bourcier. – Rectification.

Amendements identiques n°s 176 de la commission, 490 rectifié *bis* de Mme Corinne Bourcier, 802 rectifié de Mme Raymonde Poncet Monge, 1292 rectifié de Mme Solanges Nadille et 1340 du Gouvernement. – Adoption des cinq amendements.

Amendements identiques n°s 1188 rectifié du Gouvernement, 1281 de Mme Solanges Nadille et 1350 de la commission. – Adoption des trois amendements.

Amendement n° 1374 du Gouvernement. – Adoption.

Amendements identiques n°s 617 rectifié de M. Philippe Grosvalet, 632 rectifié *bis* de M. Vincent Capocanellas et 1339 du Gouvernement. – Adoption des trois amendements.

Amendement n° 1193 du Gouvernement. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Après l'article 21 (p. 5645)

Amendements identiques n°s 509 rectifié *bis* de Mme Jocelyne Guidez et 1191 rectifié du Gouvernement. – Adoption des deux amendements insérant un article additionnel.

Amendement n° 1046 rectifié *bis* de M. Daniel Chasseing. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 660 rectifié de M. Jean-Luc Fichet. – Rejet.

Amendement n° 679 de M. Jean-Luc Fichet. – Rejet.

Amendements identiques n°s 1386 rectifié du Gouvernement et 1390 de la commission. – Adoption des deux amendements insérant un article additionnel.

Amendement n° 876 rectifié *ter* de M. Jean-Luc Fichet. – Rejet.

Amendements identiques n°s 1189 du Gouvernement et 1231 de Mme Solanges Nadille. – Adoption des deux amendements insérant un article additionnel.

Amendements identiques n°s 1090 rectifié *bis* de Mme Jocelyne Guidez et 1310 rectifié du Gouvernement. – Adoption des deux amendements insérant un article additionnel.

Amendement n° 235 rectifié de M. Sebastien Pla. – Rejet.

Amendement n° 237 rectifié de M. Sebastien Pla. – Rejet.

Amendement n° 803 de Mme Raymonde Poncet Monge. – Rejet.

Amendement n° 804 de Mme Raymonde Poncet Monge. – Rejet.

Amendement n° 805 de Mme Raymonde Poncet Monge. – Rejet.

Amendement n° 806 de Mme Raymonde Poncet Monge. – Rejet.

Amendement n° 1215 de M. Hervé Gillé. – Rejet.

Amendement n° 1283 rectifié de Mme Solanges Nadille. – Rejet.

Amendement n° 1287 de Mme Solanges Nadille. – Rejet.

Article 22 (p. 5657)

Mme Cathy Apourceau-Poly

Amendement n° 1387 du Gouvernement. – Adoption.

Amendement n° 1395 du Gouvernement. – Adoption.

Amendement n° 1205 rectifié du Gouvernement. – Adoption.

Amendement n° 409 rectifié de M. Franck Menonville. – Rejet.

Amendement n° 1403 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 674 de M. Victorin Lurel. – Rejet.

Adoption de l'article modifié.

Après l'article 22 (p. 5668)

Amendement n° 1171 rectifié de M. Emmanuel Capus. – Retrait.

Article 23 (p. 5668)

Amendements identiques n°s 319 de M. Aymeric Durox, 605 rectifié de Mme Guylène Pantel, 667 de Mme Monique Lubin, 830 de Mme Raymonde Poncet Monge et 1010 de Mme Cathy Apourceau-Poly. – Rejet, par scrutin public n° 73, des amendements n°s 319, 667, 830 et 1010, l'amendement n° 605 rectifié n'étant pas soutenu.

Amendement n° 1260 rectifié de M. Philippe Grosvalet. – Rejet par scrutin public n° 74.

Amendement n° 194 rectifié de la commission. – Adoption, par scrutin public n° 75, de l'amendement rédigeant l'article.

Amendement n° 635 rectifié *quater* de M. Vincent Louault. – Non soutenu.

Amendement n° 228 rectifié *ter* de M. Vincent Louault. – Devenu sans objet.

Amendement n° 417 rectifié de M. Franck Menonville. – Devenu sans objet.

Amendement n° 587 rectifié de M. Ahmed Laouedj. – Devenu sans objet.

Amendement n° 410 rectifié de M. Franck Menonville. – Devenu sans objet.

Amendement n° 1045 rectifié de M. Daniel Chasseing. – Devenu sans objet.

Amendement n° 1288 rectifié de Mme Solanges Nadille. – Devenu sans objet.

Amendement n° 1009 de Mme Evelyne Corbière Naminzo. – Devenu sans objet.

Amendements identiques n°s 106 de M. François Bonhomme, 110 rectifié de M. Christophe-André Frassa, 438 rectifié de M. Olivier Henno, 1008 de Mme Cathy Apourceau-Poly et 1033 rectifié *ter* de Mme Elsa Schalck. – Devenus sans objet.

Amendement n° 839 de Mme Raymonde Poncet Monge. – Devenu sans objet.

Renvoi de la suite de la discussion.

10. Ordre du jour (p. 5674)

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTE DE M. LOÏC HERVÉ

vice-président

Secrétaires :

**Mme Catherine Di Folco,
Mme Patricia Schillinger.**

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à neuf heures trente.)

1

PROCÈS-VERBAL

M. le président. Le compte rendu analytique de la précédente séance a été distribué.

Il n'y a pas d'observation?...

Le procès-verbal est adopté sous les réserves d'usage.

2

MISE AU POINT AU SUJET D'UN VOTE

M. le président. La parole est à M. Laurent Burgoa.

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

M. le président. Acte est donné de cette mise au point. Elle figurera dans l'analyse politique du scrutin concerné.

3

FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2025

SUITE DE LA DISCUSSION D'UN PROJET DE LOI

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi, dont le Sénat est saisi en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, de financement de la sécurité sociale pour 2025 (projet n° 129, rapport n° 138, avis n° 130).

Dans la discussion des articles, nous sommes parvenus, au sein du titre I^{er} de la troisième partie, aux amendements identiques n°s 60 rectifié *bis* et 270 rectifié *bis* tendant à insérer un article additionnel avant l'article 15.

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES
POUR L'EXERCICE 2025

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES

Avant l'article 15

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 60 rectifié *bis* est présenté par M. Milon, Mme Petrus, MM. Somon, Sol et Khalifé, Mmes Aeschli-mann et Malet, M. J. B. Blanc et Mmes Jacques, M. Mercier, Micouleau et Borchio Fontimp.

L'amendement n° 270 rectifié *bis* est présenté par Mmes Lassarade et Richer, MM. Lefèvre, Piednoir et Panunzi, Mmes Demas et Belhiti, MM. Genet, Mandelli, Karoutchi et Belin, Mmes Bonfanti-Dossat et Dumont et MM. Gremillet et Saury.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Avant l'article 15

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Les articles L. 162-22-1, L. 162-22-18 et L. 162-23 du code de la sécurité sociale sont ainsi modifiés :

1° Le deuxième alinéa est complété par les mots : « et de la trajectoire fixée pour l'année par le protocole mentionné à l'article L. 162-21-3 » ;

2° Après la deuxième phrase du troisième alinéa, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Il tient compte des engagements pris dans le cadre du protocole mentionné au même article L. 162-21-3 et de l'indice d'évolution des coûts hospitaliers tel que défini dans ce même protocole. »

La parole est à M. Alain Milon, pour présenter l'amendement n° 60 rectifié *bis*.

M. Alain Milon. La signature, en 2020, du protocole de pluriannualité avait constitué un premier pas vers un dialogue entre État et fédérations hospitalières sur leurs objectifs à moyen terme. Résultant d'un dialogue constructif et équilibré, ce protocole matérialisait des engagements réciproques en vue de donner une visibilité suffisante aux orientations stratégiques des acteurs, dans le cadre fixé par les pouvoirs publics pour atteindre les objectifs définis en matière d'amélioration de la santé de nos concitoyens.

Afin d'asseoir l'effectivité de ce protocole et d'en faire un véritable outil de dialogue servant de feuille de route, la Fédération hospitalière de France (FHF) et la Fédération

des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (Fehap) proposent de le mentionner dans les objectifs de dépenses par champ d'activité. Ainsi, les objectifs de dépenses en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), en psychiatrie et en soins médicaux et de réadaptation (SMR) devront tenir compte de la trajectoire annuelle fixée par le protocole, ainsi que d'un indice des coûts hospitaliers, dont la méthode de calcul aura été définie de manière consensuelle.

M. le président. La parole est à Mme Florence Lassarade, pour présenter l'amendement n° 270 rectifié *bis*.

Mme Florence Lassarade. Il est défendu, monsieur le président.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure de la commission des affaires sociales pour l'assurance maladie. Actuellement, l'État et les fédérations représentatives des établissements de santé peuvent signer un protocole pluriannuel pour définir une trajectoire prévisionnelle d'évolution des financements des établissements de santé. La signature de ce protocole, non contraignant, n'est pas obligatoire.

Les établissements et les fédérations hospitalières s'étaient félicités de la signature du premier protocole en 2020. Je précise qu'il avait été signé au mois de février, c'est-à-dire juste avant le début de la pandémie.

Il est à la fois utile et nécessaire d'encourager l'utilisation de ce protocole comme outil de dialogue – celui-ci est d'ailleurs apprécié des parties prenantes. Toutefois, le rendre contraignant dans la détermination de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), et donc nécessairement obligatoire, conduirait à une rigidité excessive ; or dans cette belle assemblée nous n'aimons pas la rigidité. L'évolution de l'Ondam obéit à des facteurs difficiles à anticiper et nécessite des ajustements annuels – nous en avons d'ailleurs de nouveau la preuve cette année.

Pour ces raisons, la commission émet un avis défavorable sur ces amendements identiques.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre de la santé et de l'accès aux soins. Nous souhaitons bien évidemment mener à bien l'élaboration d'un nouveau protocole pluriannuel de financement des établissements de santé.

Il me semble en effet nécessaire de donner de la visibilité à tous les acteurs. Les travaux ont été engagés avec les fédérations hospitalières au printemps dernier et je souhaite qu'ils aboutissent dans les meilleurs délais. Je reconnais que le processus dure depuis plusieurs mois, mais nous allons faire en sorte qu'il s'accélère.

Ce protocole intégrera, comme vous l'appelez de vos vœux, des réflexions spécifiques sur l'évolution des coûts hospitaliers. De plus, comme l'a souligné la rapporteure, nulle évolution législative n'est nécessaire pour rendre le protocole effectif.

Aussi, le Gouvernement demande le retrait de cet amendement ; à défaut, il émettra un avis défavorable.

M. le président. Monsieur Milon, l'amendement n° 60 rectifié *bis* est-il maintenu ?

M. Alain Milon. Je vais retirer cet amendement.

J'ajoute, en tant que président la FHF Paca, que l'ensemble des acteurs de santé dans le milieu hospitalier public souhaitent que ce protocole perdure et soit effectivement appliqué.

M. le président. L'amendement n° 60 rectifié *bis* est retiré.

Madame Lassarade, l'amendement n° 270 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Florence Lassarade. Pour ma part, j'ai défendu cet amendement en tant que présidente du groupe Cancer du Sénat. Je compte sur vous, madame la ministre, pour travailler sur le sujet.

Je retire cet amendement.

M. le président. L'amendement n° 270 rectifié *bis* est retiré.

Article 15

- ① I. – La section 2.2 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :
- ② 1° Au début de l'intitulé, sont ajoutés les mots : « Accords de maîtrise des dépenses, » ;
- ③ 2° Les articles L. 162-12-18, L. 162-12-19 et L. 162-12-20 sont ainsi rétablis :
- ④ « *Art. L. 162-12-18.* – Des accords de maîtrise des dépenses peuvent être conclus, à l'échelon national, dans le champ de l'imagerie médicale et de la biologie, par les parties aux conventions mentionnées aux articles L. 162-5 et L. 162-14. Ces accords définissent, pour une durée pluriannuelle :
- ⑤ « 1° Des objectifs quantitatifs ou une trajectoire de maîtrise des dépenses ;
- ⑥ « 2° Les engagements des partenaires conventionnels mis en œuvre pour respecter ces objectifs ;
- ⑦ « 3° Les modalités de suivi du respect de ces objectifs ;
- ⑧ « 4° Les mesures correctrices à adopter en cas de non-respect annuel ou infra-annuel des objectifs quantitatifs ou de la trajectoire mentionnés au 1°.
- ⑨ « L'Union nationale des caisses d'assurance maladie informe les organisations syndicales représentatives, l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie et les conseils nationaux des ordres concernés de son intention d'ouvrir une négociation en vue de la conclusion d'un accord de maîtrise des dépenses. La validité de cet accord est subordonnée au respect des conditions prévues à l'article L. 162-14-1-2. Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie transmet l'accord signé aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, qui l'approuvent dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 162-15.
- ⑩ « *Art. L. 162-12-19.* – En cas de non-respect des objectifs quantitatifs ou de la trajectoire de l'accord de maîtrise des dépenses mentionné à l'article L. 162-12-18, constaté annuellement ou en cours d'année, et lorsque les mesures prévues au 4° du même article L. 162-12-18 ne sont pas adoptées ou sont insuffisantes, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut, par dérogation aux articles L. 162-14-1 et L. 162-1-9-1, décider de mesures de baisses des tarifs. Les conditions d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État.

11 « Art. L. 162-12-20. – Afin de concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent saisir les parties mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-12-18 afin qu'un accord de maîtrise des dépenses soit conclu dans un délai de quatre mois à compter de la saisine. À défaut d'accord valablement conclu dans ce délai, les ministres peuvent adopter par arrêté des mesures de baisses des tarifs pendant une durée de quatre mois. »

12 II. – En l'absence, au 30 avril 2025, d'un accord mentionné à l'article L. 162-12-18 sur les dépenses d'imagerie médicale permettant de réaliser un montant d'au moins 300 millions d'euros d'économies sur les années 2025 à 2027, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder jusqu'au 30 juin 2025 à des baisses de tarifs d'imagerie permettant d'atteindre le montant d'économies prescrit.

M. le président. Je suis saisi de cinq amendements identiques.

L'amendement n° 101 rectifié est présenté par M. Milon, Mme Aeschlimann, M. Khalifé, Mme Micouveau, M. Sol, Mme Lassarade, M. Somon, Mmes M. Mercier, Malet et Petrus, M. J. B. Blanc et Mme Jacques.

L'amendement n° 580 rectifié est présenté par Mme M. Carrère, M. Laouedj, Mme Jouve, M. Bilhac, Mme Briante Guillemont, MM. Cabanel, Fialaire, Gold, Grosvalet et Guiol, Mme Pantel et M. Roux.

L'amendement n° 883 rectifié *bis* est présenté par Mme Bonfanti-Dossat, MM. Bouchet, Houpert, E. Blanc, Mandelli et Gremillet, Mme Dumont, M. Brisson, Mmes Belrhiti, Puissat, Richer, Borchio Fontimp et Evren et M. Panunzi.

L'amendement n° 967 est présenté par Mmes Brulin, Apourceau-Poly et Silvani, M. Corbisez et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky.

L'amendement n° 1123 est présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, M. Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

Ces cinq amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Alain Milon, pour présenter l'amendement n° 101 rectifié.

M. Alain Milon. Je me doute de l'avis de Mme la rapporteure, mais je vais tout de même défendre mon point de vue.

L'article 15 de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale entérine la fin du dialogue conventionnel en modifiant le code de la sécurité sociale. En effet, dans l'optique de maîtriser les dépenses de l'assurance maladie, la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) et ses ministres de tutelle pourront désormais baisser les tarifs des actes de biologie et d'imagerie médicale de façon unilatérale. C'est d'ailleurs déjà peu ou prou le cas en ce qui concerne la biologie.

Ces dispositions sont une atteinte grave au dialogue social. Dans un contexte d'épuisement et de découragement des personnels de santé et de pénurie dans de nombreux

secteurs, il apparaît pour le moins inopportun d'adopter un article renforçant l'unilatéralité au détriment de la confiance et du dialogue.

M. le président. La parole est à Mme Maryse Carrère, pour présenter l'amendement n° 580 rectifié.

Mme Maryse Carrère. Il s'agit d'un amendement identique.

J'ajoute que l'article 15 remet en cause les principes fondamentaux de la négociation conventionnelle et fragilise un peu plus des secteurs essentiels pour notre système de santé, dans un contexte déjà marqué par l'épuisement des professionnels et par des pénuries alarmantes.

Il met particulièrement en danger l'accès aux soins dans les zones rurales. En effet, des laboratoires et des cabinets d'imagerie médicale pourraient fermer, ce qui allongera encore les délais, voire privera des milliers de nos concitoyens d'examen cruciaux, creusant ainsi les inégalités territoriales.

Cette disposition relève d'une approche comptable, mais le calcul nous semble mauvais : elle risque de dégrader la qualité des soins, d'éroder la conscience des professionnels et, à long terme, de peser sur notre système de santé.

M. le président. La parole est à Mme Marie-Pierre Richer, pour présenter l'amendement n° 883 rectifié *bis*.

Mme Marie-Pierre Richer. Il est défendu, monsieur le président.

M. le président. La parole est à Mme Céline Brulin, pour présenter l'amendement n° 967.

Mme Céline Brulin. Nous souhaitons également supprimer l'article 15, pour les mêmes raisons que celles qu'ont avancées nos collègues.

Cet article instaure une version quelque peu tronquée du dialogue social et de la négociation, contrevenant selon nous au respect mutuel et à la confiance. Si nous comprenons bien qu'une accélération de certaines dépenses a été mise au jour, il nous semble préférable de se pencher sur la financiarisation du secteur.

En effet, le rapport d'information sur la financiarisation de l'offre de soins, rendu en septembre par plusieurs de nos collègues de la commission des affaires sociales, pointe ce phénomène, qui se traduit notamment par la progression des groupes d'imagerie privés financiarisés. Peut-être vaudrait-il mieux regarder de ce côté-là, comme le suggèrent les nombreuses préconisations du rapport.

M. le président. La parole est à Mme Anne Souyris, pour présenter l'amendement n° 1123.

Mme Anne Souyris. Que des professionnels de santé et d'autres acteurs de notre système de santé limitent le remboursement d'actes de biologie et d'imagerie médicale dans un temps court relève de la mission impossible, et le Gouvernement le sait. C'est précisément pour cela qu'il prévoit de laisser la Cnam et ses ministres de tutelle décider unilatéralement de baisser ici ou là les tarifs des actes de biologie et d'imagerie médicale, dès lors qu'un accord ne serait pas trouvé avant le 30 juin 2025.

Comme vient de le souligner Céline Brulin, cet article signe la fin du dialogue social. « Pertinence comptable contre pertinence médicale », voilà comment la Fédération nationale des médecins radiologues titrait son communiqué de presse du 10 octobre dernier. De fait, ce gouvernement préfère encore une fois réduire le nombre d'actes médicaux réalisés plutôt que de réfléchir à des solutions réalistes et raisonnables avec l'ensemble des acteurs.

Nous devons mieux former les prescripteurs, garantir la transmission effective des résultats de biologie et d'imagerie médicale entre les établissements et les professionnels de santé et en finir avec la tarification à l'activité, qui incite à la surprescription de ces actes.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La commission a adopté un amendement visant à supprimer de cet article l'ensemble des dispositions autorisant de manière pérenne le Gouvernement et l'assurance maladie à procéder à des baisses unilatérales de tarifs. Comme vous, mes chers collègues, je considère que ces dispositions contreviennent gravement à l'exercice conventionnel, auquel la commission est fortement attachée.

En revanche, nous jugeons souhaitable que les dispositions relatives aux accords de maîtrise des dépenses négociés entre les partenaires conventionnels soient maintenues et améliorées. Les professionnels de santé doivent être associés à la maîtrise des dépenses de ville, en particulier dans les secteurs où la trajectoire en est la plus dynamique.

En conséquence, la commission émet un avis défavorable sur ces amendements identiques.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Comme Mme la rapporteure, je suis très attachée au conventionnement, qui doit être un contrat de confiance entre les professionnels, l'assurance maladie et les patients, qui sont en quelque sorte coresponsables des équilibres tarifaires.

Il faut que nous conventionnions : le Gouvernement émet donc un avis défavorable sur ces amendements identiques.

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, pour explication de vote.

M. Alain Milon. Le président de la commission ayant – fort réglementairement – demandé un scrutin public sur ces amendements, je maintiens le n° 101 rectifié.

Je remercie Corinne Imbert d'avoir utilement supprimé certaines dispositions de cet article. Toutefois, madame la ministre, des décisions unilatérales prises par l'assurance maladie mettent parfois en difficulté certains professionnels de santé. C'est particulièrement le cas dans le secteur de la biologie : la décision de diminuer les tarifs met en difficulté non pas les grands groupes, mais les petits laboratoires.

Votre mesure, sous prétexte de faire réaliser des économies à l'assurance maladie, profite à ceux qui financiarisent la santé, au détriment de ceux qui se battent pour instaurer une santé de proximité.

M. le président. La parole est à Mme Florence Lassarade, pour explication de vote.

Mme Florence Lassarade. Je profite de cette explication de vote pour relayer l'inquiétude des centres de dépistage contre le cancer quant aux conséquences de cet article sur la réalisation de la deuxième lecture de la mammographie par les radiologues.

Par ailleurs, si nous ouvrons la boîte de Pandore sur les conventions, la profession médicale risque de se braquer.

Je suivrai malgré tout l'avis de la rapporteure.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 101 rectifié, 580 rectifié, 883 rectifié *bis*, 967 et 1123.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant de la commission des affaires sociales.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable, de même que celui du Gouvernement.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

M. le président. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à constater le résultat du scrutin.

(Mmes et MM. les secrétaires constatent le résultat du scrutin.)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 67 :

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

Le Sénat n'a pas adopté.

L'amendement n° 1370 rectifié, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 4

1° Après les mots :

imagerie médicale

insérer les mots :

, des transports sanitaires

2° Après la référence :

L. 162-5

insérer les mots :

, L. 322-5-2 et L. 162-14 et dans le champ des transports effectués par une entreprise de taxi, par les organisations visées à l'alinéa 14 de l'article L. 322-5

II. – Alinéa 9, deuxième phrase

Remplacer les mots :

à l'article L. 162-14-1-2

par les mots :

aux articles L. 162-14-1-2 et L. 322-5

III. – Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

– En l'absence, au 30 avril 2025, d'accords mentionnés à l'article L. 162-12-18 dans le champ des transports sanitaires et des transports effectués par une entreprise de taxi permettant de réaliser un montant d'au moins 300 millions d'euros d'économies sur les années 2025 à 2027, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder jusqu'au 30 juin 2025 à des baisses de tarifs permettant d'atteindre le montant d'économies prescrit.

La parole est à Mme Geneviève Darrieussecq, ministre.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Cet amendement vise à étendre les accords de maîtrise des dépenses au champ du transport de patients. La dynamique de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2024 nous contraint à envisager des mesures de régulation de tous les secteurs, y compris les soins de ville.

Or les dépenses du secteur du transport de patients ont augmenté de 9 % entre 2022 et 2023. Des discussions ayant lieu régulièrement entre l'assurance maladie et les représentants des transports sanitaires et taxis conventionnés, il me semble pertinent d'inciter ces derniers à se saisir des accords de maîtrise de dépenses dans le cadre d'une convention.

C'est tout l'objet de cet amendement, qui vise à réaliser 300 millions d'euros d'économies en trois ans.

Je précise que nous avons rectifié cet amendement conformément aux souhaits exprimés par la commission des affaires sociales.

M. le président. Le sous-amendement n° 1381, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Amendement n° 1370, alinéa 16

Remplacer la date :

30 avril 2025

par la date :

30 juin 2025

et la date :

30 juin 2025

par la date :

31 juillet 2025

La parole est à Mme la rapporteure, pour présenter le sous-amendement et donner l'avis de la commission sur l'amendement n° 1370 rectifié.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Par cohérence avec l'amendement n° 142 de la commission visant à apporter les mêmes modifications dans le domaine de l'imagerie médicale, ce sous-amendement tend à reporter : du 30 avril au 30 juin 2025 la date à laquelle devra être conclu un accord de maîtrise des dépenses dans le secteur du transport de patients ; et du 30 juin au 31 juillet 2025 la date jusqu'à laquelle le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) pourra, si aucun n'accord n'est conclu avant le 30 juin, procéder unilatéralement à des baisses de tarifs pour atteindre l'objectif d'économies prévu.

La commission entend ainsi privilégier le dialogue avec les professionnels en laissant le temps aux partenaires conventionnels de parvenir à un accord.

En ce qui concerne l'amendement n° 1370 rectifié, la commission émet un avis favorable, sous réserve de l'adoption de ce sous-amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Madame la rapporteure, vous proposez d'allonger le délai accordé aux partenaires conventionnels. Or le fait de retarder l'échéance conduira à concentrer l'effort sur un temps plus court, et donc à demander des baisses de tarifs plus importantes, ce que je ne souhaite pas.

Je serais favorable à un délai intermédiaire, qui laisse aux parties prenantes le temps d'aboutir à un accord équilibré, sans pour autant trop décaler le calendrier.

Le Gouvernement émet un avis défavorable sur ce sous-amendement, mais je vous remercie, madame la rapporteure, de l'attention que vous portez au dialogue conventionnel.

M. le président. Je mets aux voix le sous-amendement n° 1381.

(Le sous-amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1370, modifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de huit amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les deux premiers sont identiques.

L'amendement n° 139 est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 1180 est présenté par M. Jomier, Mmes Bélim et Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Lubin, Poumirol et Rossignol, MM. Bourgi et Ros, Mmes Linkenheld et Narasiguin, MM. Ziane et Féraud, Mme Brossel, MM. Fagnen et Chantrel, Mme Conway-Mouret, MM. Darras, Michau, Méryllou et Montaugé, Mme Bonnefoy, M. Roiron, Mme Blatrix Contat, MM. Jeansannetas et Vayssouze-Faure, Mme G. Jourda, M. M. Weber, Mme Monier, MM. Marie, Tissot, Durain, Chaillou et Uzenat, Mme Artigalas, MM. Redon-Sarrazy, Ouizille, Pla et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

I. – Après l'alinéa 5

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Des objectifs quantitatifs ou qualitatifs en matière de répartition territoriale de l'offre de soins et de protection de l'indépendance des professionnels de santé ;

II. – Alinéa 8

Remplacer les mots :

des objectifs quantitatifs ou de la trajectoire mentionnés au 1°

par les mots :

de ces objectifs

La parole est à Mme la rapporteure, pour présenter l'amendement n° 139.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Lorsqu'elle est fondée sur des baisses tarifaires, la régulation des dépenses peut favoriser la financiarisation de certains secteurs de l'offre de soins et fragiliser les structures indépendantes. Aussi, le présent amendement vise à inclure dans les accords de maîtrise des dépenses 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. Il appartiendra aux partenaires conventionnels de se saisir de cet outil afin de préserver l'existence d'une offre de proximité et de favoriser la viabilité des structures indépendantes.

Cet amendement tend à traduire la proposition n° 4 du rapport d'information sur la financiarisation de l'offre de soins que j'ai réalisé avec Bernard Jomier et Olivier Henno, à savoir « veiller à ce que les tarifs conventionnels négociés permettent la viabilité financière des structures indépendantes et faire figurer dans les objectifs légaux des conventions professionnelles celui de la protection de l'indépendance des professionnels de santé ».

M. le président. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour présenter l'amendement n° 1180.

Mme Émilienne Poumirol. Cet amendement est identique à celui de la rapporteure. Il porte sur la nécessité de conventionner certains secteurs pour conserver l'indépendance des structures locales, tout en répondant à un objectif de réduction des dépenses. Il s'agissait en effet de l'une des propositions du rapport d'information sur la financiarisation de l'offre de soins.

M. le président. L'amendement n° 1247 rectifié, présenté par Mmes Schillinger et Havet, M. Omar Oili, Mmes Duranton, Cazebonne et Ramia et MM. Lévrier et Buval, est ainsi libellé :

I. – Alinéas 8, 10 et 12

Supprimer ces alinéas.

II. – Alinéa 11, seconde phrase

Supprimer cette phrase.

La parole est à M. Frédéric Buval.

M. Frédéric Buval. Nous le savons, les dépenses d'assurance maladie en ville sont très dynamiques dans certains secteurs relevant du champ conventionnel : en 2024, elles ont augmenté de 6,5 % dans le secteur de la biologie et de 8,5 % dans celui de l'imagerie.

Dans sa rédaction actuelle, l'article 15 habilite le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie à procéder à des baisses unilatérales de tarif des forfaits techniques et des actes pour réguler les dépenses. Ce faisant, il ne tient compte ni des efforts proposés par le monde de la biologie médicale ni du fait que les radiologues et biologistes ne sont pas à l'origine des prescriptions médicales et donc du volume d'activité.

Madame la ministre, les modifications que nous proposons ne vont pas à l'encontre de la recherche d'économies ; elles privilégient la relation conventionnelle à cette même fin. Cela nous semble la meilleure voie vers une solution acceptée de tous et applicable rapidement.

M. le président. L'amendement n° 485 rectifié, présenté par Mme Bourcier, M. Chasseing, Mme Lermytte, M. Capus, Mme L. Darcos, MM. Rochette, Grand, Chevalier et Brault, Mme Nadille et M. Omar Oili, est ainsi libellé :

Alinéa 10

Supprimer cet alinéa.

La parole est à M. Daniel Chasseing.

M. Daniel Chasseing. Cet amendement vise à supprimer la faculté accordée au directeur général de la Cnam de décider unilatéralement de baisses de tarif des actes de biologie et d'imagerie médicale.

La sanction prévue par l'alinéa 10 de cet article apparaît à la fois abusive et disproportionnée par rapport à l'objectif visé. Il semble préférable de nous en tenir aux dispositions

prévues à l'alinéa 8 selon lesquelles, dans le cadre de l'accord pluriannuel de maîtrise des dépenses, les parties doivent négocier et s'entendre sur les mesures correctrices à adopter en cas de non-respect des objectifs quantitatifs ou de la trajectoire de dépenses.

M. le président. Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 141 est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 588 rectifié est présenté par Mme Guillotin, M. Bilhac, Mme Briante Guillemont, M. Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Fialaire, Gold et Grosvalet, Mme Jouve, M. Masset, Mme Pantel et M. Roux.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéas 10 et 11

Remplacer ces alinéas par un alinéa ainsi rédigé :

« Art. L. 162-12-19. – Afin de concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent saisir les parties mentionnées au premier alinéa de l'article L. 162-12-18 afin qu'un accord de maîtrise des dépenses soit conclu dans un délai de quatre mois à compter de la saisine. »

La parole est à Mme la rapporteure, pour présenter l'amendement n° 141.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement vise à supprimer les dispositions autorisant le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, d'une part, et les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, d'autre part, à procéder unilatéralement à des baisses de tarif dans le cas où aucun accord de maîtrise des dépenses n'aurait été conclu, ou dans celui où l'accord existant ne suffirait pas à respecter la trajectoire prévue.

La commission étant attachée à l'exercice conventionnel, elle juge que de telles dérogations à la procédure de négociation des tarifs applicables doivent demeurer exceptionnelles et faire l'objet d'une autorisation parlementaire. Il n'est, selon nous, pas souhaitable de confier au Gouvernement ou à l'assurance maladie la faculté de diminuer unilatéralement les tarifs de manière pérenne sans intervention du législatif.

M. le président. La parole est à M. Michel Masset, pour présenter l'amendement n° 588 rectifié.

M. Michel Masset. Les acteurs de la biologie médicale ont déjà largement participé à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie : en dix ans, les révisions tarifaires auxquelles ils ont consenti représentent une économie d'environ 5,2 milliards d'euros. Il ne serait pas pertinent de faire peser sur eux le risque d'une baisse de tarif décidée unilatéralement par l'Uncam, alors même qu'ils dépendent de la prescription médicale et ne sont par conséquent pas maîtres de leur volume d'activité.

Étant attachés aux négociations conventionnelles, nous souhaitons au contraire renforcer leur cadre légal.

M. le président. L'amendement n° 486 rectifié, présenté par Mme Bourcier, M. Chasseing, Mme Lermytte, MM. Capus et Rochette, Mme L. Darcos, MM. Brault, Grand et Omar Oili et Mme Nadille, est ainsi libellé :

Alinéa 11

Supprimer cet alinéa.

La parole est à M. Daniel Chasseing.

M. Daniel Chasseing. Cet amendement vise à supprimer l'alinéa 11 de cet article, qui prévoit une sanction disproportionnée. Il semble préférable de s'en tenir aux dispositions prévoyant que les parties prenantes à l'accord pluriannuel de maîtrise des dépenses doivent négocier et s'entendre sur les éventuelles mesures correctrices.

M. le président. L'amendement n° 142, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 12

Remplacer la date :

30 avril 2025

par la date :

30 juin 2025

et la date :

30 juin 2025

par la date :

31 juillet 2025

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Afin de privilégier la voie conventionnelle, cet amendement vise à allonger le délai dans lequel l'assurance maladie et les syndicats de médecins peuvent valablement conclure un accord de maîtrise des dépenses dans le champ de l'imagerie permettant de réaliser au moins 300 millions d'euros d'économies sur la période 2025-2027.

À cet effet, il tend à reporter du 30 avril au 30 juin 2025 la date à laquelle devra être conclu cet accord. En conséquence, il vise également à reporter du 30 juin au 30 juillet 2025 la date jusqu'à laquelle le directeur général de l'Uncam pourra, en l'absence de la conclusion d'un accord avant le 30 juin, procéder unilatéralement à des baisses de tarifs pour atteindre cet objectif d'économies.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Je suis favorable aux amendements identiques n°s 139 et 1180, car il me semble bon d'intégrer aux accords des objectifs d'accès aux soins partout sur les territoires. Il est important d'assurer la répartition territoriale et de garantir l'indépendance des professionnels de santé.

En ce qui concerne les amendements suivants portant sur le champ conventionnel, il convient d'insister sur le fait qu'une convention doit être non seulement signée, mais aussi respectée. Pour cela, nous devons instaurer une forme de contrainte dans les deux cas.

L'assurance maladie étant, par définition, un guichet, nous devons veiller collectivement à la pertinence des actes, qui constitue un sujet à part entière, ainsi qu'à leur bon usage. Il s'agit là d'un travail conventionnel, auquel je suis, en tant que tel, profondément attachée. L'enjeu est de sécuriser la trajectoire de l'Ondam, que nous fixons ensemble.

Aussi, je suis défavorable à l'amendement n° 485 rectifié, ainsi qu'aux amendements identiques n°s 141 et 588 rectifié et à l'amendement n° 486 rectifié.

L'amendement n° 142 a pour objet l'imagerie médicale. Dans ce domaine, le dernier acte conventionnel a expiré en 2021 et, depuis lors, ce document n'a pas été renouvelé. C'est pourquoi la Cnam souhaite vivement que les partenaires reviennent autour de la table.

Vous avez noté, comme moi, l'explosion du nombre d'actes de radiologie. Je ne prétends pas que ces derniers soient inutiles, on constate aussi une augmentation du nombre de malades. Mais, j'y insiste, il faut réunir l'ensemble des acteurs, parmi lesquels les radiologues eux-mêmes, pour trouver des solutions. Contrairement aux radiologues, les biologistes ont signé une nouvelle convention. J'ajoute que le dernier accord de maîtrise des dépenses d'imagerie médicale fixait déjà comme objectif une réduction du nombre d'actes, et les choses ont été mises en œuvre.

L'amendement n° 142 reçoit donc également un avis défavorable.

Enfin, l'amendement n° 1247 rectifié tend à supprimer la possibilité, pour les partenaires, de prévoir des mesures correctrices. Or – je le répète – il est important de les laisser négocier : c'est tout le sens de l'article 15. Les partenaires doivent pouvoir élaborer par eux-mêmes des mesures de correction dans le cadre d'une telle convention. Si les objectifs fixés ne sont pas atteints, les parties voient ensemble comment remédier aux problèmes constatés.

Il faut tout faire pour qu'un nouvel accord soit adopté : je ne souhaite pas que nous en soyons réduits à trancher une situation nécessairement complexe par des baisses de tarifs unilatérales. C'est pourquoi le Gouvernement est défavorable à cet amendement.

M. le président. Veuillez m'excuser, mes chers collègues, je me rends compte que j'ai omis de demander son avis à la commission.

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Madame la ministre, je souhaite comme vous l'adoption d'un nouvel accord conventionnel : ce sera dans l'intérêt de tout le monde, et je suis persuadée que les acteurs eux-mêmes ont envie d'aboutir. C'est précisément pourquoi je propose de donner un délai supplémentaire de deux mois pour mener ces négociations.

Nous sommes naturellement favorables à l'amendement n° 1180 de M. Jomier et à l'amendement n° 588 rectifié de Mme Guillotin : ils sont identiques aux deux amendements de la commission.

En revanche, nous sommes défavorables à l'amendement n° 1247 rectifié de Mme Schillinger, d'autant qu'il tend à supprimer la possibilité, pour les partenaires conventionnels, de prévoir dans le cadre des accords de maîtrise des dépenses des mesures correctrices en cas de dérapage.

De même, nous sommes défavorables aux amendements n°s 485 rectifié et 486 rectifié de Mme Bourcier.

M. le président. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour explication de vote.

Mme Émilienne Poumirol. Nous sommes tous d'accord pour dire qu'il faut réduire les dépenses pour atteindre les objectifs fixés. Nous sommes tous d'accord pour dire que la signature de nouvelles conventions est nécessaire. Mais, en parallèle, nous devons bien prendre acte de l'absence de convention : c'est une question de cohérence.

Comme l'a souligné Mme la ministre, tôt ou tard, il faudra recourir à la contrainte. Lors de la crise covid, les laboratoires de biologie médicale ont connu une explosion de leur activité, pour ne pas dire de leurs bénéfices... Je pèse mes mots : il s'agit bel et bien d'une explosion. Les radiologues se trouvent dans une situation similaire. Ils ne sont certes pas prescripteurs des actes qu'ils accomplissent, mais la dépense y afférente dérape complètement.

Faute d'une convention énonçant clairement les objectifs financiers pour les trois ans à venir, la Caisse nationale de l'assurance maladie doit pouvoir fixer elle-même les tarifs.

Mes chers collègues, évoquer de telles dépenses, c'est parler du monde médical dans son ensemble. Dans cet hémicycle, on est assez prompt à faire payer les patients, par exemple *via* la modulation du ticket modérateur, les forfaits ou les franchises sur les boîtes de médicaments, mais dès que l'on touche au monde médical, les mesures demandées paraissent bien plus compliquées à mettre en œuvre... Les patients ont déjà fait un certain nombre d'efforts : le monde médical peut aussi contribuer.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 139 et 1180.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, l'amendement n° 1247 rectifié n'a plus d'objet.

M. Daniel Chasseing. Je retire l'amendement n° 485 rectifié, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 485 rectifié est retiré.

Je mets aux voix les amendements identiques n° 141 et 588 rectifié.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, l'amendement n° 486 rectifié n'a plus d'objet.

Je mets aux voix l'amendement n° 142.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 140, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 7

1° Après le mot :

suivi

insérer les mots :

, par les partenaires conventionnels,

2° Compléter cet alinéa par les mots :

et de ces engagements

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement tend à compléter la liste des éléments fixés par les accords de maîtrise des dépenses créés par le présent article.

Il s'agit de prévoir, d'une part, que les partenaires conventionnels sont associés au suivi de l'application de l'accord et, de l'autre, que ce suivi s'étend non seulement aux objectifs quantitatifs de maîtrise des dépenses, mais aussi aux engagements pris par les partenaires conventionnels pour les respecter.

Je note que la convention médicale de 2024 a déjà créé un tel outil de suivi : l'observatoire national conventionnel de la pertinence et de la qualité des soins, chargé d'examiner la dynamique des dépenses de prescription et la mise en œuvre des programmes d'actions partagés.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. C'est aussi respecter les partenaires conventionnels que de les associer à toutes les étapes, y compris à l'évaluation des dispositifs créés. Le Gouvernement est donc favorable à cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 140.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 63 rectifié, présenté par M. Milon, Mme Petrus, MM. Somon, Sol et Khalifé, Mmes Aeschlimann et Malet, M. J.B. Blanc et Mmes Lassarade, M. Mercier, Jacques, Micouleau et Borchio Fontimp, est ainsi libellé :

Alinéa 9, première phrase

Après les mots :

organismes complémentaires d'assurance maladie

insérer les mots :

, les fédérations représentatives d'établissements de santé concernées

La parole est à M. Alain Milon.

M. Alain Milon. Mes chers collègues, il faut soutenir pleinement les mécanismes de régulation alliant maîtrise des dépenses de santé et pertinence des soins.

Les établissements de santé publics et privés à but non lucratif appliquent les nomenclatures en vigueur pour facturer les actes et consultations externes, les fameux ACE, réalisés en leur sein. Or les tarifs en question sont déterminés de manière exogène, par les conventions liant l'assurance maladie aux professionnels de santé libéraux.

De même, les régulations tarifaires à la baisse sont systématiquement appliquées aux établissements de santé sans que ces derniers aient pu participer aux négociations. Ainsi, les établissements se sont vu appliquer une baisse du tarif du B en 2023 et en 2025 sans avoir été associés aux échanges préalables à cette décision.

Il faut garantir une équité de traitement entre l'ensemble des acteurs de santé auxquels s'appliquent les objectifs de régulation des dépenses de santé. C'est pourquoi ces acteurs souhaitent pouvoir prendre part aux négociations organisées en vue de la conclusion de l'accord de maîtrise des dépenses qui leur sera appliqué.

Mes deux amendements précédents ont reçu des avis défavorables : j'espère qu'il en sera autrement de celui-ci !

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Mon cher collègue, votre espoir ne sera pas déçu. *(Sourires.)*

M. Alain Milon. Merci, madame la rapporteure ! *(Nouveaux sourires.)*

Mme Corinne Imbert, rapporteure. En effet, la commission a émis un avis favorable sur cet amendement : elle juge utile que les fédérations représentatives des établissements de santé

soient informées préalablement de l'intention de l'Uncam d'ouvrir une négociation en vue de la conclusion d'un accord de maîtrise des dépenses.

Les fédérations hospitalières pourront ainsi faire valoir les enjeux qu'elles identifient, qu'il s'agisse de questions financières ou de l'organisation des soins. Les négociations resteront, elles, limitées aux syndicats de professionnels libéraux.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Le Gouvernement émet lui aussi un avis favorable.

M. Alain Milon. Je suis comblé! (*Sourires.*)

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Monsieur le sénateur, je sais votre attachement aux fédérations hospitalières, que vous avez rappelé vous-même ; et, compte tenu des responsabilités que j'ai exercées au cours des dernières années dans la région dont je suis l'élue, je connais bien le fonctionnement de ces partenaires importants.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 63 rectifié.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'article 15, modifié.

(*L'article 15 est adopté.*)

Après l'article 15

M. le président. L'amendement n° 1181, présenté par M. Jomier, Mmes Bélim et Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Lubin, Poumirol et Rossignol, MM. Bourgi et Ros, Mmes Linkenheld et Narassiguin, MM. Ziane et Féraud, Mme Brossel, MM. Fagnen et Chantrel, Mme Conway-Mouret, MM. Darras, Michau, Mérillou et Montaugé, Mme Bonnefoy, M. Roiron, Mme Blatrix Contat, MM. Jeansannetas et Vayssouze-Faure, Mme G. Jourda, M. M. Weber, Mme Monier, MM. Marie, Tissot, Durain, Chaillou et Uzenat, Mme Artigalas, MM. Redon-Sarrazy, Ouizille, Pla et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 15

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« ... Des engagements des signataires et des objectifs quantitatifs ou qualitatifs en matière de répartition territoriale de l'offre de soins et de protection de l'indépendance des professionnels de santé, ainsi que les modalités de suivi du respect de ces engagements et de ces objectifs. »

La parole est à Mme Annie Le Houerou.

Mme Annie Le Houerou. Les dispositions de cet amendement présenté par M. Jomier font suite au rapport de la commission des affaires sociales relatif à la financiarisation de l'offre de soins.

Dans ce rapport, notre commission a émis la proposition suivante : veiller à ce que les tarifs conventionnels permettent la viabilité financière des structures indépendantes et inclure dans les objectifs légaux des conventions professionnelles la protection de l'indépendance des professionnels de santé.

Il s'agit plus précisément de définir des objectifs quantitatifs et qualitatifs, qu'il s'agisse de la répartition territoriale de l'offre de soins ou de la protection de l'indépendance des professionnels de santé.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Ma chère collègue j'ai été, avec Olivier Henno et Bernard Jomier, rapporteure de la mission d'information chargée de ce rapport : j'émetts naturellement un avis favorable sur cet amendement! (*Sourires.*)

Notre rapport relatif à la financiarisation de l'offre de soins a montré combien il était nécessaire d'impliquer les professionnels dans la protection de l'indépendance. La commission juge donc souhaitable de permettre aux partenaires conventionnels de définir des engagements et objectifs en matière de répartition territoriale de l'offre de soins et de protection de l'indépendance professionnelle.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat sur cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1181.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 15.

L'amendement n° 1328, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Après l'article 15

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Après l'article L. 165-6 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 165-6-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 165-6-1* – Le remboursement des produits et prestations d'appareillage des déficients de l'ouïe figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 et l'adhésion aux accords mentionnés au I de l'article L. 165-6 par le distributeur au détail qui les délivre sont conditionnés au respect par ce dernier des conditions d'exercice et d'installation prévues aux articles L. 4361-1 à L. 4361-11 du code de la santé publique ainsi que des conditions de distribution des produits et prestations figurant sur ladite liste.

« Ces conditions sont vérifiées lors de la première demande d'adhésion et au moins une fois tous les cinq ans par l'organisme local d'assurance maladie. Lorsqu'elles ne sont plus remplies, les effets de l'adhésion sont suspendus ou retirés par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie compétent.

« Sont déterminées par décret en Conseil d'État les conditions de suspension ou de retrait des effets de l'adhésion. »

II. – Les dispositions du I entrent en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} septembre 2025.

III. – Un décret en Conseil d'État fixe le délai dans lequel les organismes locaux d'assurance maladie vérifient le respect des conditions fixées par l'article L. 165-6-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi par les professionnels de santé délivrant des produits et prestations d'appareillage des déficients de l'ouïe adhérant aux accords mentionnés au I de

l'article L. 165-6 du même code à la date de publication du décret en conseil d'État mentionné au dernier alinéa de l'article L. 165-6-1 susmentionné.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Cet amendement vise à subordonner le conventionnement des audioprothésistes avec l'assurance maladie et la prise en charge de leurs prestations au respect de règles d'exercice et d'installation, qu'il s'agisse des diplômés détenus par les professionnels ou des locaux où ils exercent.

La réforme du 100 % santé a facilité l'accès à ces prestations. Toutefois, le secteur fait l'objet d'une attention particulière, compte tenu des fraudes qu'il connaît. En 2023, l'assurance maladie a ainsi évité 21,3 millions d'euros de fraudes dans le champ des audioprothèses.

Des contrôles sont nécessaires pour sécuriser la prise en charge et la délivrance des produits aux assurés. Les vérifications devront être effectuées régulièrement pour garantir dans le temps la qualité de la distribution par ces acteurs.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Madame la ministre, ces dispositions vont dans le bon sens : il s'agit de lutter contre la fraude dans un secteur très dynamique ; vous venez de rappeler qu'au titre des audioprothèses 21,3 millions d'euros de fraudes avaient été évités en 2023.

La commission émet donc un avis favorable sur votre amendement.

M. le président. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour explication de vote.

Mme Émilienne Poumirol. Lors de notre séance d'hier, nous avons longuement débattu de la fraude et des sanctions qu'il convient d'envisager. À cet égard, j'estime moi aussi que les dispositions proposées par le Gouvernement vont dans le bon sens.

Un minimum de règles conventionnelles est nécessaire pour maîtriser les dépenses : depuis la réforme du 100 % santé, nous avons assisté à un véritable dérapage des dépenses associées aux audioprothèses.

M. le président. La parole est à M. Olivier Henno, pour explication de vote.

M. Olivier Henno. Un tel conventionnement me paraît bel et bien indispensable.

En Belgique, pays dont mon département, le Nord, est frontalier, les mutuelles sont chargées de négocier avec les professionnels et établissements de santé, et les négociations sont rudes.

La France doit à son tour acquérir cette culture. Notre travail sur la financiarisation de l'offre de soins nous a permis de constater un certain nombre de surmarges. Plus largement, quand on voit ce qui se passe chez nos voisins, on trouve que notre sécurité sociale est plutôt bonne fille...

Pour réguler nos dépenses de santé, nous devons nous montrer plus méthodiques et plus stricts lors des négociations.

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, pour explication de vote.

M. Alain Milon. Les dispositions proposées par le Gouvernement viennent à point nommé et seront extrêmement utiles. Mais, ensuite, sans doute faudra-t-il s'attaquer aux publicités, souvent tapageuses, en faveur des audioprothèses.

Je rappelle que les professionnels de santé n'ont pas le droit de faire de la publicité : dans ce domaine, nous devons certainement mettre en œuvre une forme de régulation.

M. le président. La parole est à M. Daniel Chasseing, pour explication de vote.

M. Daniel Chasseing. Je voterai moi aussi cet amendement. Depuis la réforme du 100 % santé, les dépenses relatives aux audioprothèses ont littéralement explosé. Il faut contrôler les professionnels qui se sont installés en vérifiant leurs diplômes, ainsi que les conditions dans lesquelles les patients sont accueillis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1328.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 15.

L'amendement n° 226 rectifié *sexies*, présenté par MM. V. Louault, Chasseing, Capus, Médevielle, Chevalier et Grand, Mme Bourcier, M. Rochette, Mme L. Darcos, M. Wattebled et Mme Paoli-Gagin, est ainsi libellé :

Après l'article 15

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 1435-8 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au troisième alinéa, les mots : « et à la promotion » sont supprimés ;

2° Le 5° est abrogé ;

3° L'avant-dernier alinéa est complété par deux phrases ainsi rédigées : « L'ensemble des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens renouvelés durant l'année courante est transmis par le Gouvernement aux commissions permanentes compétentes de l'Assemblée nationale et du Sénat. Ces commissions peuvent formuler un avis unique sur l'ensemble de ces contrats. »

La parole est à M. Daniel Chasseing.

M. Daniel Chasseing. Par cet amendement, notre collègue Vincent Louault souhaite mieux cerner l'utilisation des crédits alloués aux fonds d'intervention régionaux (FIR) afin que l'on puisse les recentrer sur les missions réellement essentielles.

À ce jour, les agences régionales de santé (ARS) sont libres d'adapter leurs financements aux besoins qu'elles identifient dans les différents territoires, qu'il s'agisse de l'offre de soins, de la prévention ou de la facilitation d'accès aux soins. Or ces crédits doivent, selon nous, être soumis au contrôle parlementaire.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Nous comprenons bien sûr l'intention des auteurs de cet amendement ; j'ajoute que, dans cet hémicycle, nous sommes tous attachés à la bonne information du Parlement.

Toutefois, il nous semble excessif de prévoir la transmission de l'ensemble des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) aux commissions des affaires sociales des deux assemblées.

La mesure proposée gagnerait à être mieux ciblée. Dans l'attente de ce travail, la commission demande le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. En vertu de la loi relative à la différenciation, la décentralisation, la déconcentration et portant diverses mesures de simplification de l'action publique locale, dite loi 3DS, un rapport annuel relatif aux missions financées par le FIR doit être transmis par chaque directeur général d'ARS à son conseil d'administration. Or députés et sénateurs siègent au sein de cette instance : une forme de contrôle parlementaire est donc d'ores et déjà assurée à l'échelle régionale.

En outre, un bilan national relatif aux FIR doit être remis au Parlement tous les ans avant le 15 octobre. Cette année, nous avons du retard – je le concède –, mais le rapport dont il s'agit vous sera communiqué au début du mois de décembre prochain.

Monsieur le sénateur, j'espère que ces précisions seront de nature à vous rassurer.

Le Gouvernement sollicite à son tour le retrait de cet amendement. À défaut, il émettra un avis défavorable.

M. Daniel Chasseing. Je retire cet amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 226 rectifié *sexies* est retiré.

L'amendement n° 886 rectifié, présenté par Mme Bonfanti-Dossat, MM. Bouchet, E. Blanc, Houpert, Mandelli, Gremillet et Brisson, Mmes Dumont, Micouleau, Belrhiti, Richer, Puissat, Petrus, Borchio Fontimp, Evren et Aeschlimann, M. Panunzi, Mmes Malet et Demas et M. Sido, est ainsi libellé :

Après l'article 15

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 4311-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les décisions relatives aux tarifs applicables aux soins à domicile doivent être validées après consultation des représentants des professionnels de santé concernés. Ces décisions devront également prendre en compte les besoins spécifiques des patients vulnérables bénéficiant de soins à domicile. »

La parole est à Mme Marie-Pierre Richer.

Mme Marie-Pierre Richer. Il s'agit d'un amendement de notre collègue Christine Bonfanti-Dossat.

La demande de soins à domicile ne cesse de croître, en particulier pour les patients vulnérables : personnes âgées, en situation de handicap ou de dépendance, patients atteints de maladies chroniques ou dont l'état exige des soins palliatifs, dans le cas d'une fin de vie souhaitée au domicile.

Non seulement les soins dont il s'agit permettent de répondre aux besoins de cette population, mais ils contribuent en outre à soulager les établissements de santé et les services d'urgences, lesquels sont au bord de la rupture, en assurant une prise en charge adaptée et de proximité.

Cet amendement vise à introduire une clause de protection pour les soins à domicile : toute modification tarifaire doit faire l'objet d'une consultation préalable des représentants des professionnels de santé concernés.

Une telle approche garantira un dialogue équilibré et préservera la viabilité des soins à domicile, tout en tenant compte des besoins des patients vulnérables pour une prise en charge de qualité.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Le tarif des actes infirmiers constitue un enjeu important, nous le savons tous. C'est pourquoi, à titre exceptionnel, la commission propose d'adopter à ce sujet la demande de rapport au Parlement introduite dans le présent texte par nos collègues députés.

Toutefois, conformément au code de la sécurité sociale, les tarifs et rémunérations applicables aux professionnels sont déjà définis par le biais d'une convention entre l'assurance maladie et les syndicats représentatifs. La commission demande donc le retrait de cet amendement. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Même avis.

Mme Marie-Pierre Richer. Je retire cet amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 886 rectifié est retiré.

L'amendement n° 887 rectifié, présenté par Mme Bonfanti-Dossat, MM. Bouchet, E. Blanc, Houpert, Mandelli, Gremillet et Brisson, Mmes Dumont, Micouleau, Belrhiti, Richer, Puissat, Petrus, Borchio Fontimp, Evren et Aeschlimann, M. Panunzi, Mme Demas et M. Sido, est ainsi libellé :

Après l'article 15

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 4311-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Toute modification des tarifs appliqués aux soins prodigués par les infirmiers libéraux doit faire l'objet d'une négociation préalable avec les représentants des professionnels concernés, afin de garantir la qualité des soins dispensés aux patients et de respecter les conditions d'exercice des infirmiers libéraux. »

La parole est à Mme Marie-Pierre Richer.

Mme Marie-Pierre Richer. Les infirmiers libéraux jouent un rôle central dans le système de santé français, en particulier pour les soins de proximité et les soins à domicile, qui répondent aux besoins spécifiques des patients les plus vulnérables. Leur engagement au quotidien contribue au maintien de la qualité des soins et à l'accès aux services de santé, notamment en milieu rural et dans les zones à faible densité médicale.

Aussi, avant toute décision tarifaire, une négociation doit être menée avec les représentants des infirmiers libéraux. Tel est l'objet de cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Ma chère collègue, cet amendement est satisfait en droit : je le répète, en vertu du code de la sécurité sociale, les tarifs sont fixés conventionnellement.

La commission demande donc le retrait de cet amendement. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

Plus largement, nous souhaitons que le Gouvernement mette rapidement en œuvre la réforme de la profession infirmière, promise depuis plusieurs années ; M. le Premier ministre lui-même a renouvelé cette promesse dans notre hémicycle. Nous en reparlerons peut-être en examinant la demande de rapport que je viens d'évoquer.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Même avis.

Mme Marie-Pierre Richer. Je retire cet amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 887 rectifié est retiré.

L'amendement n° 238 rectifié, présenté par MM. Pla et Bourgi, Mmes Le Houerou et Lubin, M. Bouad, Mme Brossel, M. Cardon, Mmes Carlotti, Conconne et Conway-Mouret, MM. Fagnen et Michau, Mme Monier et MM. Redon-Sarrazy et Ziane, est ainsi libellé :

Après l'article 15

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant le coût de la prise en charge de la fibromyalgie au titre de l'affection de longue durée.

La parole est à Mme Annie Le Houerou.

Mme Annie Le Houerou. Cet amendement vise à améliorer la prise en charge de la fibromyalgie au titre des affections de longue durée (ALD).

Cette maladie, en tout cas ce syndrome, se caractérise par un état douloureux musculaire chronique et par une fatigue continue, pouvant aller de la simple gêne quotidienne à l'épuisement complet. Les malades sont alors contraints de rester allongés.

Cette affection chronique touche près de deux millions de personnes en France, dont une large majorité de femmes.

Les personnes atteintes de fibromyalgie évoquent un ensemble de symptômes, parmi lesquels des douleurs diffuses, constantes et chroniques, des paresthésies des membres, d'importantes perturbations psychiques pouvant s'apparenter à la dépression, ou encore un épuisement constant et un sommeil fortement perturbé.

Si les symptômes sont nombreux, les examens physiques, biologiques et radiologiques ne décèlent aucune anomalie.

Le corps médical – je pense notamment aux médecins généralistes – n'identifie pas toujours le syndrome fibromyalgique, qui demeure, il est vrai, difficile à cerner et à diagnostiquer. Les associations de patients soulignent cette méconnaissance, qui peut conduire au déni des souffrances endurées et, partant, à une véritable errance médicale jusqu'à l'identification du problème.

En outre, le syndrome fibromyalgique pâtit d'un déficit de considération, du fait de son invisibilité et de sa cause indéterminée.

Reconnue comme une maladie à part entière par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) depuis 1992, la fibromyalgie n'est aujourd'hui pas répertoriée dans les affections de longue durée.

En 2016 déjà, un rapport d'enquête de l'Assemblée nationale préconisait de reconnaître la fibromyalgie au titre des ALD. Les malades ayant besoin d'un suivi médical, ainsi que de traitements coûteux et prolongés, pourraient dès lors être pris en charge à 100 % par l'assurance maladie.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Nous ne minimisons bien sûr pas l'importance de cette maladie, qu'il s'agisse de ses symptômes ou de ses conséquences ; mais, vous le savez, la commission n'accepte pas les demandes de rapport, à de rares exceptions près.

Nous émettons un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. De même, le Gouvernement ne minimise en rien la gravité de la fibromyalgie, dont les symptômes sont assez diffus et qui, de ce fait, reste mal répertoriée.

Cela étant, je rappelle que les personnes atteintes de cette affection peuvent bénéficier d'un dispositif d'ALD 31, qui, comme l'ALD 30, garantit une prise en charge à 100 %. Le médecin traitant doit formuler une demande en ce sens, puis la soumettre à l'approbation du médecin-conseil de la caisse d'assurance maladie. Il est très important de le faire savoir aux patients.

En parallèle, la fibromyalgie fait l'objet d'un certain nombre d'actions pour mieux informer les professionnels, accélérer le diagnostic et renforcer la recherche relative à ces douleurs chroniques.

Pour l'ensemble de ces raisons, le Gouvernement émet à son tour un avis défavorable : le rapport demandé ne semble pas nécessaire.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 238 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 15 bis (nouveau)

① Après le chapitre III *quater* du titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique, il est inséré un chapitre III *quinquies* ainsi rédigé :

② « CHAPITRE III QUINQUIES

③ « Structures de soins non programmés

④ « Art. L. 6323-6. – Est considéré comme structure de soins non programmés tout cabinet médical ou centre de santé pratiquant des soins de premier recours et ayant, à titre principal, une activité de soins non programmés. Ces structures doivent respecter un cahier des charges relatif aux principes d'organisation et aux caractéristiques de leur exercice, à l'accessibilité de leurs locaux, à leurs services, à l'orientation des patients dans le parcours de soins et aux prestations minimales attendues.

⑤ « Les professionnels de santé libéraux exerçant dans de ces structures ainsi que les centres de santé pour leurs professionnels de santé salariés y exerçant sont tenus de déclarer à l'organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie et à l'agence régionale de santé territorialement compétents. Ces professionnels sont également tenus de participer au service d'accès aux soins mentionné à l'article L. 6311-3 et à la permanence des soins ambulatoires mentionnée à l'article L. 6314-1.

⑥ « Le bénéficiaire de certains financements, en particulier de certains actes ou prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, peut être réservé aux actes et aux prestations réalisés dans les structures de soins non programmés dans des conditions définies par les conventions mentionnées à l'article L. 162-14-1 du même code.

⑦ « Les conditions d'application du présent article, notamment les modalités de définition de l'activité de soins non programmés et de fixation du cahier des charges sont fixées par décret. »

M. le président. L'amendement n° 1379, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 4, première phrase

1° Après le mot :

tout

insérer les mots :

centre de santé,

2° Remplacer les mots :

centre de santé

par les mots :

maison de santé, éventuellement constitué sous la forme d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires dans les conditions prévues à l'article L. 4041-1,

II. – Alinéa 5, première phrase

Après le mot :

dans

insérer le mot :

l'une

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Monsieur le président, avec votre accord, je défendrai par la même occasion les amendements n°s 143 rectifié, 144 et 145.

M. le président. J'appelle donc en discussion les amendements n°s 143 rectifié, 144 et 145.

L'amendement n° 143 rectifié, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 4, première phrase

Compléter cette phrase par les mots :

, définie à partir du rapport entre le nombre d'assurés ayant déclaré les médecins y exerçant comme médecin traitant dans les conditions mentionnées à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale et le nombre d'assurés que ces médecins prennent en charge.

L'amendement n° 144, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 4, seconde phrase

1° Après le mot :

services,

insérer les mots :

aux délais de prise en charge,

2° Compléter cet alinéa par les mots et une phrase ainsi rédigée :

, déterminé par arrêté du ministre chargé de la santé. Les projets de santé mentionnés aux articles L. 6323-1-11 et L. 6323-3 doivent respecter, le cas échéant, ce cahier des charges.

II. – Alinéa 7

Supprimer les mots :

, notamment les modalités de définition de l'activité de soins non programmés et de fixation du cahier des charges

L'amendement n° 145, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 5, seconde phrase

Compléter cette phrase par les mots :

, dans des conditions fixées par décret

Veillez poursuivre, madame la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Ces quatre amendements ont pour objet les centres de soins non programmés (CSNP), lesquels jouent un rôle central dans des territoires qualifiés de déserts médicaux : ils garantissent l'accès aux soins non programmés de la population et contribuent à désengorger les services d'urgences.

Le fonctionnement de ces centres repose souvent sur une collaboration entre médecins et infirmiers libéraux, dans des structures d'exercice coordonné pluriprofessionnelles.

Ces structures peuvent être des centres de santé, des cabinets médicaux ou des maisons de santé éventuellement constituées sous forme de sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (Sisa), dont l'existence est prévue à l'article L. 4041-1 du code de la santé publique.

En étant plus précis dans la liste des structures couvertes, cet amendement vise à reconnaître plus explicitement la participation des infirmiers libéraux aux structures de soins non programmés.

L'amendement n° 143 rectifié tend à préciser la notion d'activité de soins non programmés, qui serait définie par le rapport entre le nombre d'assurés ayant déclaré l'un des médecins exerçant au sein de la structure comme médecin traitant et le nombre d'assurés pris en charge. Il demeurera loisible au Gouvernement de préciser, dans le décret d'application prévu, le ratio pour qualifier un cabinet ou un centre de santé comme une structure de soins non programmés.

Nous avons d'abord envisagé de limiter la notion de soins non programmés aux patients dont le cas ne relève pas de l'urgence vitale, puisque les personnes relevant de l'urgence doivent en principe être orientées vers les services d'urgences des hôpitaux, mais les structures de soins non programmés peuvent prendre en charge, en cas d'urgence justement, des problèmes aigus. Ne rigidifions donc pas les choses, afin de ne pas priver le patient de cette possibilité. D'où cette définition reposant sur un ratio.

L'amendement n° 144 vise à renforcer l'encadrement des structures de soins non programmés, créées par le présent article. À cette fin, nous prévoyons qu'un cahier des charges

national fixe les règles relatives aux délais de prise en charge et que les projets de santé des maisons et des centres de santé le respectent lorsqu'ils agissent comme structures de soins non programmés.

Un tel encadrement permettra de mieux s'assurer que les structures de soins non programmés contribuent utilement à l'accès aux soins dans les territoires. Par ailleurs, sur le modèle du régime applicable aux maisons de santé, nous suggérons que le cahier des charges soit fixé par arrêté.

Enfin, aux termes de l'amendement n° 145, un décret devra préciser les conditions dans lesquelles les professionnels exerçant au sein d'une structure de soins non programmés sont tenus de participer au service d'accès aux soins et à la permanence des soins ambulatoires. Il semble en effet préférable que les modalités de cette obligation soient précisées, afin d'éviter les contournements possibles du principe posé par le présent article.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Ces quatre amendements visent à donner un cadre qui, sans être rigide, fixe des objectifs pour chaque structure de soins non programmés.

Nous avons besoin de ces structures aujourd'hui et, de fait, elles se développent de façon pertinente dans certains territoires qui subissent des difficultés d'accès aux soins non programmés. Il est essentiel de soutenir une telle dynamique, car ces structures permettent de désengorger les services d'urgences.

Cependant, leur déploiement n'est pas toujours justifié du point de vue de la couverture du territoire et l'absence de règles n'est pas une bonne chose. Il est donc nécessaire de poser un cadre, mais nous devons veiller à ce qu'il ne soit pas rigide, car il doit permettre aux structures de soins non programmés d'accueillir les patients dans les meilleures conditions.

En conséquence, le Gouvernement émet un avis favorable sur ces quatre amendements.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1379.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 143 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 144.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 145.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 15 *bis*, modifié.

(L'article 15 bis est adopté.)

Après l'article 15 *bis*

M. le président. Je suis saisi de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 729 rectifié, présenté par M. Jomier, Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Lubin, Poumirol et Rossignol, MM. Bourgi et Ros, Mmes Linkenheld et Narassiguin, MM. Ziane et Lurel, Mme Bélim, M. Féraud, Mme Harribey, M. Gillé, Mme Brossel, MM. Fagnen et

Chantrel, Mme Conway-Mouret, MM. Darras, Michau, Mérillou et Montaugé, Mme Bonnefoy, M. Roiron, Mme Blatrix Contat, MM. Jeansannetas, Vayssouze-Faure et M. Weber, Mmes Monier et G. Jourda, MM. P. Joly, Marie, Tissot, Durain et Chaillou, Mme Artigalas, MM. Redon-Sarrazy, Ouizille, Pla, Uzenat et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 15 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 6323-1-11 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au I, après la première occurrence des mots : « centre de santé » sont insérés les mots : « ou de la structure de soins non programmés » ;

2° Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les structures de soins non programmés ou leurs antennes ayant une activité de soins non programmés sont soumises, pour leurs seules activités de soins non programmés, à l'agrément du directeur général de l'agence régionale de santé, qui vaut autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux dans le centre ou l'antenne concerné. » ;

3° Au III, après les mots : « projet de santé, » sont insérés les mots : « l'attestation d'inscription au répertoire sectoriel de référence des personnes physiques mentionné à l'article L. 1470-4 du code de la santé publique pour les professionnels de santé exerçant au sein d'une structure de soins non programmés ».

4° Le IV est ainsi rédigé :

« IV. – L'organisme gestionnaire adresse au directeur général de l'agence régionale de santé, à sa demande, les éléments actualisés de tout ou partie du dossier mentionné à III. La délivrance de l'agrément définitif mentionné au II et le maintien de cet agrément sont conditionnés à la transmission sans délai au directeur général de l'agence régionale de santé et au conseil départemental de l'ordre de la profession concernée de la copie des diplômes et des contrats de travail des chirurgiens-dentistes, des assistants dentaires, des ophtalmologistes, des orthoptistes et professionnels de santé exerçant dans la structure de soin non programmé à chaque nouvelle embauche, de tout avenant au contrat de travail de l'un de ces professionnels et d'une mise à jour de l'organigramme du centre de santé pour toute embauche ou toute rupture du contrat de travail de l'un de ces professionnels. »

La parole est à M. Bernard Jomier.

M. Bernard Jomier. La rapporteure a présenté les dérives qui peuvent concerner les centres de soins non programmés. Elle a ainsi proposé un ensemble de dispositifs, que nous avons approuvés, permettant de mieux les encadrer.

La loi du 19 mai 2023 visant à améliorer l'encadrement des centres de santé, dite loi Khattabi, prévoit une procédure d'encadrement des centres dentaires et ophtalmologiques. Celle-ci a fait les preuves de son efficacité, puisque l'on a tout de suite constaté une évolution positive. Nous souhaitons donc l'appliquer aux centres de soins non programmés, tels qu'ils ont été définis et encadrés par les amendements précédents.

Par ailleurs, au cours des travaux de la mission d'information sur la financiarisation de l'offre de soins, nous avons constaté que l'assurance maladie faisait face à un problème d'identification physique des praticiens qui exercent au sein de ces centres, ouvrant la porte à un certain nombre de dérives dans les facturations d'actes. Le présent amendement vise donc à y remédier.

M. le président. L'amendement n° 756 rectifié, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, M. Salmon et Mme Senée, est ainsi libellé :

Après l'article 15 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 6323-1-11 est ainsi modifié :

a) Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'agrément prévu à chacun des alinéas précédents ou son renouvellement peut être conditionné à la réalisation d'une ou plusieurs des activités prévues à l'article L. 6323-1-1. » ;

b) Le III est ainsi modifié :

- À la seconde phrase du premier alinéa, remplacer les mots : « de l'instance dirigeante » par les mots : « des instances dirigeantes et des dirigeants » et les mots : « sociétés tierces » par les mots : « personnes morales de droit privé » ;

- Le deuxième alinéa est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Le directeur général de l'agence régionale de santé refuse de délivrer l'agrément demandé ou de le renouveler dans le cas où :

« 1° Le projet de santé du centre ne remplit pas les objectifs de conformité prévus au I ;

« 2° Le projet de santé du centre ou son activité prévisible ou constatée n'est pas compatible avec les objectifs et les besoins définis dans le cadre du projet régional de santé prévu à l'article L. 1434-2 ou ne répond pas à l'une des conditions fixées en application du dernier alinéa du II ;

« 3° Un des contrats prévus au premier alinéa du présent paragraphe présente un déséquilibre significatif dans les droits et obligations des parties au sens du I de l'article L. 442-1 du code de commerce ou n'est pas conforme à l'usage au sens de l'article 1194 du code civil ou a pour effet d'imposer au gestionnaire du centre de santé une charge excessive au regard de ses produits d'exploitation ou encore induit une charge qui n'est pas justifiée par l'intérêt des patients, par un objectif ou un besoin défini dans le projet régional de santé mentionné au 2° ou par la réalisation d'une des activités prévues à l'article L. 6323-1- » ;

- à la première phrase du troisième alinéa, les mots : « L'agrément délivré » sont remplacés par les mots : « Le premier agrément délivré » ;

- il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« L'agrément est délivré pour une durée qui ne peut excéder cinq ans. Il peut être renouvelé. » ;

c) À la première phrase du deuxième alinéa du IV le mot : « définitif » est supprimé ;

d) Après le IV sont insérés cinq alinéas ainsi rédigés :

« V *bis*. – Les dispositions des paragraphes II à IV ne sont applicables à un centre de santé créé ou géré par les personnes morales suivantes :

« 1° Une personne morale de droit public ;

« 2° Un organisme national ou local gestionnaire d'un régime obligatoire de sécurité sociale dès lors que les prestations sont offertes sans distinction à l'ensemble des assurés sociaux et de leurs ayants-droits ;

« 3° Une personne morale régie par le code de la mutualité qui offre des prestations d'assurance maladie ou maternité complémentaire, dès lors que les prestations sont offertes dans les conditions du 2° ;

« 4° Une association reconnue d'utilité publique qui gère un centre de santé depuis au moins dix années à la date de l'entrée en vigueur de la loi n° ... du ... de financement de la sécurité sociale pour 2025. » ;

2° Après l'article L. 6323-1-12, il est inséré un article L. 6323-1-12-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 6323-1-12-1.* – La copie des contrats mentionnés au premier alinéa du III de l'article L. 6323-1-11 est transmise au directeur général de l'agence régionale de santé chaque année à la date anniversaire de l'agrément. Il est accompagné d'une note exposant les charges et produits imputables à l'exécution de ces contrats sur le dernier exercice comptable connu de l'organisme gestionnaire du centre de santé et exposant les prévisions de charges et produits imputables à l'exécution de ces contrats sur l'exercice comptable en cours. Cette obligation est applicable aux seuls contrats portant sur un montant total supérieur ou égal à 10 000 euros.

« Lorsque la condition prévue au 3° du III de l'article L. 6323-1-11 n'est plus satisfaite, le directeur général de l'agence régionale de santé peut prononcer à l'encontre de la personne morale gestionnaire du centre de santé, après qu'elle a été mise en demeure de présenter ses observations, une pénalité financière.

« Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité de l'atteinte aux intérêts de la personne morale gestionnaire du centre de santé ou, le cas échéant, de l'atteinte aux intérêts des régimes obligatoires de sécurité sociale. Il ne peut excéder dix fois le montant total du contrat ou des contrats en cause et 10 % du chiffre d'affaires annuel du centre de santé sur le dernier exercice connu.

« La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 du même code sont applicables au recouvrement de la pénalité. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37 dudit code.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé peut ordonner la publication, la diffusion ou l'affichage de sa décision de prononcer une pénalité financière ou

d'un extrait de celle-ci selon les modalités qu'il précise. Les frais en sont supportés par la personne morale gestionnaire du centre de santé. »

II. – Le code général des impôts est ainsi modifié :

La section V *quinquies* du chapitre III du titre III du livre premier II du code général des impôts est complétée par un article 1635 *bis*... ainsi rédigé :

« Art. 1635 *bis*... – I. – Est subordonné au paiement d'un droit perçu au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie le dépôt de toute demande d'agrément, de renouvellement d'agrément ou de modification d'agrément d'un centre de santé en application des dispositions de l'article L. 6323-1-11 du code de la santé publique,

« II. – Le montant de ce droit est fixé, dans la limite de 50 000 €, par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale. Il peut varier selon les particularités du centre de santé. Le montant du droit perçu à l'occasion d'une demande de renouvellement d'inscription ou de modification d'inscription est fixé, dans les mêmes conditions, dans les limites respectives de 60 % et de 20 % du droit perçu pour une demande d'agrément initial.

« III. – Le versement du droit est accompagné d'une déclaration conforme au modèle prescrit par l'administration. Ce droit est recouvré et contrôlé selon les mêmes garanties et sanctions qu'en matière de droits d'enregistrement. ».

III. – Les agréments délivrés en application des dispositions du II et du III de l'article L. 6323-1-11 du code de la santé publique, dans leur rédaction antérieure à la présente loi, sont caduques à l'issue d'une période de 18 mois suivant l'entrée en vigueur des dispositions du I.

La demande de renouvellement d'un agrément qui devient caduque en application de l'alinéa qui précède peut être formulée dès l'entrée en vigueur des dispositions du I.

La parole est à Mme Anne Souyris.

Mme Anne Souyris. Si vous me le permettez, monsieur le président, je présenterai cet amendement conjointement avec le suivant.

M. le président. Je vous en prie, ma chère collègue.

L'amendement n° 757 rectifié, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, M. Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

Après l'article 15 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – L'article L. 6323-1-11 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le II est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « ayant une activité dentaire » et les mots : « , pour leurs seules activités dentaires, » sont supprimés ;

b) Le second alinéa est supprimé ;

2° A la première phrase du deuxième alinéa du IV les mots : « des chirurgiens-dentistes, des assistants dentaires, des ophtalmologistes et des orthoptistes » sont remplacés par les mots : « des professionnels de santé » ;

3° Le VI est complété par une phrase ainsi rédigée : « Elles ne sont pas applicables à un centre de santé créé ou géré par un organisme sans but lucratif gestionnaire d'un établissement de santé privé d'intérêt collectif, dans le ressort territorial de cet établissement de santé. »

II. – Les gestionnaires des centres de santé autres que ceux qui ont reçu un agrément délivré en application des dispositions du II et du III de l'article L. 6323-1-11 du code de la santé publique, dans leurs rédactions antérieures à la présente loi, et qui sont soumis à l'exigence d'agrément en vertu des dispositions de ce même article dans leur rédaction résultant de la présente loi, présentent une demande d'agrément au plus tard le 30 juin 2026. Ces centres de santé peuvent continuer à exercer leurs activités jusqu'à ce qu'il soit statué définitivement sur cette demande.

Veuillez poursuivre, ma chère collègue.

Mme Anne Souyris. Ces deux amendements sont inspirés des propositions issues de la mission d'information sur la financiarisation de l'offre de soins, qui s'est révélée essentielle.

Nous le constatons chaque jour, les centres de santé jouent un rôle crucial dans l'offre de soins de proximité, notamment en faveur des personnes et des populations vulnérables.

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST, avait assoupli leur encadrement en supprimant l'autorisation préalable, misant sur la conformité des centres de santé gérés par les acteurs historiques, tels que les communes et les mutualités, mais aussi la Croix-Rouge, bien évidemment.

Toutefois, cet assouplissement a engendré des dérives, de la part du secteur privé lucratif. Certains opérateurs ont déployé ce modèle en priorisant des logiques lucratives qui ont entraîné des fraudes et des atteintes aux droits des patients ; je pense notamment à Dentexia et à Proxidentaire.

Pour faire face à ces fraudes, qui sont devenues parfois systémiques, ces deux amendements visent à renforcer le contrôle des pouvoirs publics sur ces structures.

L'amendement n° 756 rectifié tend à inverser la charge de la preuve. Ainsi, les agences régionales de santé n'auront plus à démontrer l'existence d'éventuels abus ; au contraire, il incombera aux gestionnaires de centres de santé de démontrer qu'ils agissent en conformité avec les lois et règlements et répondent à l'ensemble des conditions d'agrément, y compris la bonne organisation de l'accès aux soins et l'intérêt de la santé publique.

L'amendement a également pour objet de conditionner l'agrément des centres de santé à la communication de leurs contrats et à la vérification d'iceux. Une activité qui ne serait pas conforme à l'objet social du contrat et à l'intérêt du gestionnaire ne serait donc pas agréée. Par exemple, un bail dont le loyer excéderait les conditions du marché immobilier ou qui porterait sur des locaux ne répondant pas aux besoins d'un centre de santé justifierait le refus de délivrance ou de renouvellement de l'agrément.

Toutefois, nous proposons d'exempter certains centres publics créés par les organismes de sécurité sociale, les mutuelles et des associations reconnues d'utilité publique.

L'amendement n° 757 rectifié vise quant à lui à étendre le régime d'agrément préalable à l'ensemble des centres de santé, quelle que soit leur activité.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Je comprends l'objectif que vise Bernard Jomier au travers de son amendement n° 729 rectifié, qui vise à soumettre les structures de soins non programmés à l'agrément préalable du directeur général de l'ARS.

Le rapport que nous avons rédigé ensemble et avec M. Henno sur la financiarisation de l'offre de soins relevait le risque induit par l'activité de certains centres de soins non programmés. En effet, certaines structures peuvent encourager une approche consumériste du soin, développer des pratiques de facturation peu déontologiques et même déstabiliser l'organisation de l'offre locale en l'absence de projets coordonnés avec les autres acteurs de ville et les professionnels hospitaliers.

Toutefois, l'article 15 *bis* du présent PLFSS définit déjà un cahier des charges national au respect duquel seront tenues ces structures. L'idée d'un agrément préalable devrait donc se fonder sur ces dispositions plutôt que sur celles qui sont applicables aux centres de santé : les structures de soins non programmés relèvent de statuts divers et ne sont pas uniquement des centres de santé, tant s'en faut. On y trouve beaucoup de cabinets médicaux, éventuellement constitués sous forme de maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). Or il est beaucoup plus délicat de les soumettre à un agrément préalable.

D'où l'avis défavorable de la commission sur cet amendement.

J'en viens à l'amendement n° 756 rectifié. La financiarisation de l'offre de soins est un phénomène que nous avons constaté, qui progresse et touche de nouveaux secteurs, dont les centres de santé. Elle a d'abord frappé les centres dentaires et ophtalmologiques, d'où les mesures spécifiques de la loi Khattabi pour les réguler. Les centres de soins primaires sont depuis peu touchés par la dynamique de financiarisation à l'œuvre dans d'autres secteurs, tels que l'imagerie médicale et la biologie. Ces évolutions sont suivies de près par la Caisse nationale de l'assurance maladie ; depuis l'an dernier, elle y consacre plusieurs pages de ses rapports annuels *Charges et produits*.

Nous avons recommandé de renforcer l'encadrement de ces centres en les soumettant, lors de leur ouverture, à l'agrément préalable du directeur général de l'ARS – d'où l'amendement de M. Jomier –, comme c'est le cas aujourd'hui pour les centres dentaires et ophtalmologiques. Nous avons aussi souligné la nécessité de sécuriser le processus de facturation.

Or tel n'est pas le sens de cet amendement, même s'il s'inspire des recommandations de notre rapport, puisqu'il vise à renforcer le contrôle sur les contrats liant l'organisme gestionnaire du centre de santé à des sociétés tierces. Par ailleurs, il tend à subordonner le dépôt d'une demande d'agrément ou de renouvellement d'agrément par un centre de santé à un droit perçu au profit de la Cnam. Il ne nous semble pas opportun de faire payer des offreurs de

soins pour des demandes d'agrément d'activité. Ce serait d'ailleurs discriminatoire par rapport à d'autres activités de soins.

D'où notre avis défavorable.

Enfin, l'amendement n° 757 rectifié est inspiré par l'une des recommandations formulées par le rapport sur la financiarisation de l'offre de soins. Il vise à exonérer certains centres au motif que les structures porteuses auraient un but non lucratif. Pour autant, cela ne constitue pas un garde-fou suffisant contre les dérives que nous avons constatées lors de nos travaux. Nous devons faire preuve d'une grande prudence face aux montages juridiques complexes auxquels ont aujourd'hui recours les gestionnaires de centres de santé : diverses structures peuvent faire écran entre les centres de santé, les centres de soins non programmés et les sociétés tierces qui les exploitent.

C'est pourquoi nous avons préconisé un régime d'agrément unique, sans exception, qui s'appliquerait uniformément à toutes les structures.

La commission émet donc également un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Je suis d'accord avec l'argumentation de la rapporteure sur l'amendement n° 729 rectifié de M. Jomier. En adoptant l'article 15 *bis*, vous avez acté l'encadrement de ces structures. Avant d'aller plus loin, il conviendrait d'abord de mettre en œuvre ce dispositif et de l'évaluer.

L'agrément préalable risque de rigidifier les choses, alors qu'il y a besoin de souplesse. Sur le terrain, j'ai rencontré des cadres associatifs qui, de façon très pertinente, ont mis en place des centres de soins non programmés originaux, notamment en lien avec des associations de médecins retraités.

Bref, le cadre qui vient d'être adopté me paraît suffisant. Je vous demande donc de bien vouloir retirer l'amendement n° 729 rectifié, monsieur le sénateur.

Pour ce qui concerne les amendements n° 756 rectifié et 757 rectifié, je ne reprendrai pas les argumentaires de la rapporteure, que je partage. La loi Khattabi relative aux centres de santé dentaires et ophtalmologiques, qui date de mai 2023, commence à être appliquée.

M. Bernard Jomier. Les décrets ont été publiés !

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Je pense qu'il faut prendre le temps d'évaluer ce texte, lequel a déjà permis, me semble-t-il, de réduire la fraude, qui n'est pas autre chose à mes yeux qu'un dévoiement de l'argent public. Cette question nous préoccupe tous ici, je crois. Puis, en fonction des résultats de cette évaluation, si cela s'avère nécessaire, nous pourrions réfléchir à faire évoluer de nouveau ce cadre, mais, j'y insiste, il est peut-être suffisant.

Voter des lois, c'est bien ; leur laisser le temps d'être mises en œuvre et d'être évaluées, c'est mieux !

Voilà pourquoi le Gouvernement émet un avis défavorable sur ces deux amendements.

M. le président. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour explication de vote.

Mme Émilienne Poumirol. Il faut faire preuve d'une grande prudence face aux centres de soins non programmés, qui fleurissent un peu partout sur le territoire et s'inscrivent souvent dans une logique de financiarisation. Votre rapport a bien relevé une dérive consumériste dans ce domaine.

En outre, comme me l'a indiqué une responsable des urgences du centre hospitalier universitaire (CHU) de Toulouse, ces centres vident les hôpitaux de leurs médecins urgentistes, alors que, nous le savons bien, les urgences sont, pour l'essentiel, prises en charge non pas par des cliniques privées, mais par les hôpitaux ; nous y reviendrons.

Il est essentiel de maintenir les urgentistes dans les CHU, car ils sont nécessaires à leur fonctionnement, mais les conditions financières qui leur sont proposées par ces centres, de même que l'absence de gardes – les CSNP ne sont ouverts ni la nuit ni le week-end, au moment où l'on a le plus besoin d'urgentistes – sont très attractives.

Enfin, ces centres peuvent déséquilibrer l'offre locale des MSP, dans lesquelles des médecins sont parfois installés depuis un certain temps.

Pour toutes ces raisons, l'amendement de M. Jomier, qui vise à encadrer encore davantage les centres de soins non programmés, me semble opportun, même si la loi Khattabi a effectivement permis des avancées en ce sens. Il nous faut vraiment contrôler ces dérives !

M. le président. La parole est à M. Daniel Chasseing, pour explication de vote.

M. Daniel Chasseing. Je suis d'accord avec la définition de centres de soins non programmés proposée par la rapporteure. Ces structures peuvent en effet être amenées à prendre en charge des patients en situation critique, qui seront ensuite orientés vers le service d'aide médicale urgente (Samu) ou le service mobile d'urgence et de réanimation (Smur).

Vous insistez sur le fait que les centres de soins non programmés ont vocation à prendre en charge les services d'accès aux soins, mais ils sont bien là pour cela !

Lorsqu'une personne appelle le Samu, il est normal qu'elle soit renvoyée par le médecin régulateur au service d'accès aux soins, lequel se charge ensuite de trouver une maison de santé ou un centre de soins non programmés. Ces derniers traitent le patient si le motif de prise en charge n'est pas urgent. Tout cela a été très bien défini par Mme le rapporteur au travers de ses quatre amendements à l'article 15 *bis*.

Du reste, le rôle des infirmiers en pratique avancée (IPA) ou classiques pour les soins non programmés est très important. Or ils ont surtout vocation à intervenir dans les maisons de santé, notamment dans nos territoires. Il faut aussi intégrer les Sisa et les autres professionnels paramédicaux.

M. le président. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Gardons-nous de tout débat théologique.

Je me félicite de l'adoption de l'article 15 *bis* qui, après avoir été complété par les amendements de la rapporteure, encadre les centres de soins non programmés.

Procéder ainsi ou prévoir un agrément préalable, en plus du cahier des charges national, ne change absolument rien. Du point de vue de la lisibilité, la voie empruntée par la loi Khattabi a été efficace, puisqu'elle a eu un impact direct. *(Mme la ministre acquiesce.)*

L'agrément préalable n'ajoute aucune rigidité – ne nous racontez pas d'histoires ! –, surtout que l'ensemble des critères que vous avez définis peuvent aussi déboucher sur une belle usine à gaz, car tout dépendra du pouvoir réglementaire ; vous connaissez, comme moi, l'ingéniosité dont sait faire preuve la direction générale de l'offre de soins (DGOS)...

Imposer un agrément préalable me paraît simple et lisible. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle ce principe était mentionné dans notre rapport d'information. Il n'en demeure pas moins que le dispositif, tel qu'il a été défini à l'article 15 *bis*, est un très grand progrès. Il figurait parmi les dix-sept propositions du rapport précité.

J'en profite pour vous appeler, madame la ministre, à vous emparer rapidement de l'ensemble de ces sujets, parce que la financiarisation commence à coûter très cher à notre système de soins – même si nous n'en connaissons pas exactement les proportions – et désespère nos soignants.

Bien qu'une véritable réponse ait été apportée aux centres de soins non programmés, je vous invite à vous saisir des autres recommandations que nous avons formulées.

M. le président. La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. L'article 15 *bis* constitue une première étape pour poser un cadre. Peut-être faudra-t-il, demain, réfléchir à un régime d'autorisation, mais nous disposons déjà d'une base de travail et les règles sont claires.

Comme Mme Poumirol, je constate que certains services d'urgences sont vidés de leurs médecins, qui rejoignent des centres de soins non programmés. C'est la raison pour laquelle – il conviendra d'en définir ultérieurement les modalités concrètes – nous souhaitons que ces professionnels participent aux services d'accès aux soins et à la permanence des soins ambulatoires.

Mme Émilienne Poumirol. Tout à fait !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. C'est déterminant pour contrecarrer cette hémorragie.

M. Bernard Jomier. Je retire mon amendement, monsieur le président !

M. le président. L'amendement n° 729 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 756 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 757 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 15 *ter* (nouveau)

À la fin du E du VII de l'article 49 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, la date : « 1^{er} janvier 2026 » est remplacée par la date : « 1^{er} octobre 2025 » – *(Adopté.)*

Article 15 quater (nouveau)

Le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant l'application du 2° du I de l'article 51 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023. Il évalue en particulier le niveau de financement, résultant de la procédure prévue au même article 51, des actes innovants de biologie et d'anatomopathologie hors nomenclature susceptibles de présenter un bénéfice clinique ou médico-économique, en le rapportant aux besoins de diagnostic des patients. Il effectue des propositions pour améliorer la prise en charge de ces actes innovants.

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 896 rectifié *bis* est présenté par Mme Paoli-Gagin, M. Chasseing, Mmes Bourcier, Lermytte et L. Darcos, MM. Grand, Laménie, A. Marc, Rochette, J.P. Vogel et Wattedled, Mme Sollogoub, M. Omar Oili et Mme Perrot.

L'amendement n° 1346 est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

1° Au début, insérer les mots :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi,

2° Supprimer les mots :

, résultant de la procédure prévue au même article 51,

3° Après le mot :

médico-économique,

insérer les mots :

quelle que soit la date à compter de laquelle ils ont bénéficié d'une prise en charge sans inscription sur la liste mentionnée au I de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale,

La parole est à M. Daniel Chasseing, pour présenter l'amendement n° 896 rectifié *bis*.

M. Daniel Chasseing. Il s'agit d'un amendement de ma collègue Paoli-Gagin.

Le rapport prévu à l'article 15 *quater* est une conséquence logique de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, qui a introduit une seconde version du référentiel des actes innovants hors nomenclature (RIHN). Ce « RIHN 2.0 » réforme l'accès dérogatoire transitoire de l'innovation diagnostique au marché, en vigueur depuis 2015.

L'enveloppe allouée au RIHN ne permet pas la prise en charge à 100 % des actes innovants. Par ailleurs, le dispositif introduit une inégalité dans l'accès des patients à l'innovation diagnostique. En effet, seuls les patients des centres utilisateurs d'actes innovants qui font le choix d'autofinancer la partie de l'acte innovant non prise en charge par l'enveloppe allouée RIHN peuvent en bénéficier.

Ce rapport a pour objet d'évaluer dans le temps l'impact d'un financement insuffisant des actes inscrits dans le RIHN 2.0 et le RIHN, afin de proposer des améliorations régulières dans la prise en charge de ces actes. Il doit aussi mesurer les conséquences de l'application d'un abattement annuel de 20 % de tous les actes innovants inscrits au RIHN

qui n'ont pas encore été évalués par la Haute Autorité de santé (HAS), de nature à aggraver davantage l'inégalité d'accès aux actes innovants.

M. le président. La parole est à Mme la rapporteure, pour présenter l'amendement n° 1346.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Je remercie notre collègue d'avoir rendu son amendement identique à celui de la commission, qui a donc logiquement émis un avis favorable à son sujet.

Le RIHN est un registre très intéressant permettant la prise en charge d'actes innovants de biologie et d'anatomocytologie qui ne sont pas encore inscrits à la nomenclature. Cependant, il constitue un goulet d'étranglement, d'où l'intérêt de cette demande de rapport que nous vous soumettons.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Je souhaite faire part de quelques réserves liées aux difficultés techniques qu'une telle demande peut engendrer, car les évaluations de ces traitements innovants sont longues. J'espère que ce rapport ne créera pas de déceptions.

Avis de sagesse.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 896 rectifié *bis* et 1346.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 15 *quater*, modifié.

(L'article 15 quater est adopté.)

Article 15 quinques (nouveau)

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport présentant le bilan de la mise en œuvre des articles 33 et 36 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 précitée. Ce rapport étudie aussi l'opportunité d'un mécanisme d'indexation automatique du tarif des actes infirmiers sur l'inflation ainsi que des pistes de financement de cette mesure.

M. le président. La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly, sur l'article.

Mme Cathy Apourceau-Poly. L'article 15 *quinques*, introduit par amendement à l'Assemblée nationale, prévoit la rédaction d'un rapport sur la prise en compte de l'inflation dans l'augmentation des tarifs des actes infirmiers.

Je sais bien que la commission, en règle générale, n'est pas favorable aux demandes de rapport, mais celui-ci nous semble indispensable, car, depuis quinze ans, la lettre clé n'a pas été revalorisée. Quant à la tarification des actes des infirmiers libéraux, elle n'a que très faiblement augmenté.

Les infirmiers libéraux ont été très éprouvés et sollicités lors de la pandémie de covid-19. Pourtant, la centralité de leur mission n'a jamais été reconnue. Si les tarifications pratiquées par le corps médical ont été largement revalorisées – la consultation est ainsi passée à 30 euros –, ce ne fut pas le cas de celles des infirmiers. Voilà une profession qui, comme d'autres, a été oubliée après la crise sanitaire.

De plus, l'inflation a considérablement alourdi les charges de ces professionnels : de 2018 à 2023, l'essence a augmenté de 34 %, le coût du logiciel infirmier de 14 %, la prévoyance

de 60 % et l'électricité de 25 %. Pendant ce temps, l'injection est restée fixée à 4,50 euros brut sans déplacement et à 7,25 euros brut avec déplacement, sans compter le fait que les infirmiers libéraux doivent de plus en plus subir la dégressivité des soins.

Nous ne parlons ni du temps qu'ils doivent consacrer à l'accomplissement d'actes administratifs ni des difficultés – c'est un euphémisme – rencontrées lorsque la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) constate une irrégularité.

Au nom de la lutte contre la fraude, qui est légitime, les infirmiers doivent justifier tous leurs actes sur le fondement d'ordonnances qui ne sont pas toujours claires, exhaustives ou exactes. J'ai d'ailleurs eu l'occasion de rédiger trois questions écrites sur ce sujet.

Nous soutenons donc cet article.

M. le président. La parole est à Mme Annie Le Houerou, sur l'article.

Mme Annie Le Houerou. Cet article introduit dans le texte à l'Assemblée nationale prévoit la rédaction d'un rapport important, voire indispensable, mais qui ne sera pas suffisant.

Actuellement, les augmentations de tarif pour les infirmiers libéraux sont négociées entre l'assurance maladie et les syndicats représentatifs, lors de discussions conventionnelles. Toutefois, ces négociations ne sont ni automatiques ni aussi fréquentes qu'on pourrait le souhaiter.

C'est le Gouvernement qui décide d'ouvrir une négociation, en fixant les objectifs dans une lettre adressée au directeur de l'assurance maladie. Or, aujourd'hui, il hésite à ouvrir des discussions sur les tarifs infirmiers, préférant d'abord finaliser la refonte du métier pour prendre en compte ses nouvelles missions. Il est vrai que cette refonte est nécessaire.

Les infirmiers libéraux sont très sollicités du fait de la délégation de compétences des médecins et du déficit de ceux-ci dans nos territoires. La crise de l'aide à domicile les place en première ligne auprès de nos personnes âgées, comme ils l'ont été durant la crise du covid-19.

Il faut souligner que la réforme du métier d'infirmier se fait attendre, malgré des propositions validées tant par les représentants des infirmiers eux-mêmes que par la direction générale de l'offre de soins. La dissolution de l'Assemblée nationale a mis un coup d'arrêt aux discussions, qui n'ont pas repris depuis lors.

Il serait intéressant d'évaluer la possibilité d'une indexation automatique du tarif infirmier sur l'inflation. Pour autant, il faut agir dès maintenant, car les tarifs des actes infirmiers n'ont pas évolué depuis 2009.

En mai 2023, l'ancien ministre de la santé, François Braun, avait ainsi demandé des négociations tarifaires rapides avec plusieurs professions paramédicales libérales, y compris les infirmiers ; cette négociation flash avait permis une augmentation de l'indemnité de déplacement pour ces derniers, sans qu'un rapport préalable fût nécessaire. Ce précédent démontre que l'inflation peut être prise en compte dans des négociations immédiates, sans qu'un quelconque rapport soit requis, à l'instar de ce qui se fait pour le Smic ou les retraites.

Nous devons prendre soin de nos professionnels de santé, alors que la densité d'infirmiers dans la population, rapportée aux besoins et à la concentration de la demande autour des

personnes âgées, n'a progressé que de 1,5 % pour les infirmiers libéraux et a régressé de 0,8 % par an pour les hospitaliers depuis 2013.

Cette situation est d'autant plus préoccupante que la population infirmière vieillit, elle aussi, et que les abandons en formation augmentent chez les plus jeunes. Cette profession doit être revalorisée pour être rendue plus attractive.

M. le président. La parole est à Mme Anne Souyris, sur l'article.

Mme Anne Souyris. Je remercie le Gouvernement d'avoir conservé dans ce texte l'article issu d'un amendement du député écologiste Hendrik Davi ; je salue également la commission et la rapporteure qui, en dépit de la tradition du Sénat, ont choisi de conserver cette demande de rapport et se sont exprimées en faveur d'une véritable loi spécifique à la profession d'infirmier.

Rappelons que les tarifs des gestes des infirmiers libéraux sont gelés depuis quinze ans : la lettre clé est fixée à 3,15 euros, ce qui signifie concrètement qu'un pansement est rémunéré 6,30 euros et qu'une prise de sang est facturée 8,48 euros brut à la sécurité sociale, ce qui revient à 2 euros ou 3 euros net avant impôt pour l'infirmier.

À la fin du mois, les infirmiers perçoivent un salaire franchement insuffisant, pour ne pas dire de misère, d'environ 1 300 euros, en contrepartie d'une quantité et d'une qualité de travail phénoménales.

Ces professionnels ont répondu présent pendant la crise du covid-19 et constituent des maillons essentiels de la chaîne du soin et du lien dans nos territoires. Ils méritent d'être considérés à leur juste valeur, financièrement et humainement, notamment dans le cadre du contrôle des actes par la CPAM.

La profession avait entamé des discussions avec vos prédécesseurs, madame la ministre. Pouvez-vous vous engager à les poursuivre ?

M. le président. La parole est à M. Daniel Chasseing, sur l'article.

M. Daniel Chasseing. Je souhaite m'associer aux propos qui viennent d'être tenus par Mmes Apourceau-Poly, Le Houerou et Souyris, cette dernière ayant même cité le niveau de remboursement des actes.

Les infirmiers constituent un maillon essentiel du maintien à domicile et de la vie dans nos territoires. Ils ont été négligés, car leurs actes en matière de maintien à domicile n'ont pas été revalorisés, alors qu'ils en sont le pilier.

Madame la ministre, vous venez certes d'arriver, mais il est impératif de trouver une solution pour revaloriser cette profession. Sans cela, nous assisterons à des démissions ou à un déficit d'installations.

M. le président. La parole est à M. le président de la commission.

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. En tant que président de la commission des affaires sociales, je soutiens l'initiative de notre rapporteure pour la branche maladie concernant le délai accordé pour produire le rapport. Nous aborderons ce point tout à l'heure lors de l'examen des amendements.

Nous devons entrer dans une période active d'examen du métier et du statut des infirmiers, et débattre, certes, de la rémunération, mais également d'autres questions, concernant les actes nécessaires, en particulier.

Le Sénat doit affirmer ses demandes : le rapport, indispensable pour faire évoluer les choses, doit être rendu dans des délais très courts, car les travaux sont déjà engagés, mais nous souhaitons surtout que cette démarche ne s'arrête pas à ce document et débouche effectivement sur une loi permettant de réviser la situation d'une façon générale.

Il s'agit pour nous, madame la ministre, d'un point essentiel, tellement important à nos yeux que, si nous vous faisons bien entendu confiance quant à la mobilisation de l'ensemble des acteurs, nous souhaitons être associés à cette initiative. Si le délai devait s'avérer trop long, nous n'hésiterions pas à nous engager et à émettre des propositions.

M. le président. L'amendement n° 852 rectifié *quater*, présenté par MM. Chaillou, Ros et Devinaz, Mme Bélim, M. Pla, Mme Linkenheld, M. Redon-Sarrazy, Mme Brossel, MM. Fagnen, Chantrel et Cozic, Mme Canalès, M. Bouad, Mme Monier et MM. Bourgi et Stanzione, est ainsi libellé :

Rédiger ainsi cet article :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la revalorisation des actes infirmiers au regard de l'inflation.

Ce rapport devra aussi proposer un mécanisme d'indexation du tarif des actes infirmiers sur l'inflation.

La parole est à Mme Marion Canalès.

Mme Marion Canalès. Cet amendement de notre collègue Christophe Chaillou correspond au fond de l'article. Il nous offre l'occasion de rappeler que la lettre clé n'a pas été revalorisée depuis quinze ans et que les actes infirmiers ne l'ont été, quant à eux, que faiblement, au point que certains d'entre eux ne sont plus rentables.

Ainsi, une injection reste actuellement rémunérée à 4,50 euros brut sans déplacement et à 7,25 euros brut avec déplacement. Le métier perd en attractivité, et l'inflation agit comme un catalyseur ; aux difficultés inhérentes à cette profession s'ajoute ainsi la diminution de la rémunération consécutive à l'augmentation des coûts courants.

Bref, l'urgence est patente, et j'estime que cet amendement est conforme à l'esprit de l'article.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Je partage évidemment toutes les déclarations qui ont été faites. La Haute Assemblée exprime une reconnaissance forte envers les infirmiers qui, au quotidien, se rendent encore au chevet des patients. Nous reconnaissons leur exercice, et cela devra se traduire ensuite, dans les faits, par une revalorisation tarifaire.

Pour ce qui concerne cet amendement, je demande son retrait au profit de celui de la commission, qui tend à accélérer quelque peu le délai de remise du rapport afin d'exercer un petit coup de pression dans la perspective de la suite des événements.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Je partage votre point de vue sur l'évolution du métier d'infirmier : elle est considérable, tout comme celle des besoins qui y sont associés.

Ainsi, l'émergence des pratiques avancées ouvre de nouvelles perspectives à ces professionnels, y compris aux infirmiers libéraux, qui peuvent être intégrés dans les

maisons de santé pluridisciplinaires et apporter un véritable soutien aux médecins, en partageant les tâches et en facilitant, par leur présence, l'exercice en équipe.

Je conviens avec vous que leur convention est très ancienne et que les actes clés ont été déterminés il y a fort longtemps. Dans certains territoires, les infirmiers sont presque les seuls à passer régulièrement auprès des patients, notamment des personnes âgées maintenues à domicile, bien souvent selon leur volonté. Heureusement qu'ils sont là, car nous avons indéniablement besoin d'eux.

Un projet de loi relatif aux infirmiers est en préparation. J'entends qu'il ne reste pas à l'état de projet, mais qu'il soit discuté au Parlement le plus rapidement possible.

Le Premier ministre s'est d'ailleurs engagé en faveur de l'évolution du statut des infirmiers et nous avons déjà provoqué des évolutions. À titre d'exemple, les infirmiers peuvent désormais réaliser des consultations dans le cadre du dispositif Mon bilan prévention.

Nous avons besoin d'eux pour déployer ces politiques de prévention sur le territoire, avec des cotations particulières. De nouveaux actes apparaissent, et j'estime qu'il est d'ores et déjà essentiel de donner par la loi un cadre renouvelé à leurs actes et à leur mode d'exercice.

En ce qui concerne la convention, ce n'est qu'après avoir défini ce cadre qu'il faudra la faire évoluer. Soyons logiques : si nous définissons un nouveau cadre, nous devons définir également un nouveau champ conventionnel pour adapter les rémunérations aux nouvelles missions que nous confions aux intéressés dans ce nouveau cadre législatif. C'est dans ce sens que je souhaite faire évoluer les choses.

Certes, quelques revalorisations ont été mises en œuvre, avec les forfaits kilométriques en janvier 2024 ou les forfaits de prise en charge des patients dépendants. Ce sont de petits pas qui demeurent insuffisants ; les avancées significatives doivent intervenir après la loi relative aux infirmiers. Je m'y emploie et je vais œuvrer pour que celle-ci soit présentée le plus rapidement possible devant le Parlement, afin que nous puissions aller le plus vite possible, car je sais que ces mesures sont très attendues.

Un décret relatif aux IPA est actuellement examiné par le Conseil d'État et j'espère qu'il sera publié avant la fin de l'année.

Je ne suis donc pas favorable à cet amendement, mais je tiens à ce que vous sachiez que je suis très consciente de la nécessité de faire évoluer le métier d'infirmier, de collaborer avec ces professionnels de santé si investis sur tous nos territoires, en zone rurale comme en zone urbaine. Nous avons véritablement besoin de faire évoluer le cadre de leur métier, leurs missions et, bien entendu, les rémunérations qui les accompagnent.

Pour autant, faisons les choses dans le bon ordre !

M. le président. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour explication de vote.

Mme Émilienne Poumirol. Je sais que notre temps est compté et que nous nous répétons, mais je veux, moi aussi, insister sur le rôle majeur des infirmiers. Nous le connaissons tous et nous l'apprécions sur toutes les travées, quelle que soit notre place dans cet hémicycle.

Il est important d'adresser un signal fort à cette profession indispensable, qui constitue le dernier maillon de proximité et qui est la seule, ou presque, à se déplacer encore au chevet des patients.

J'entends, madame la ministre, la nécessité d'une loi-cadre, je souhaite y insister. Nous discuterons ultérieurement des détails de la convention, mais nous avons vraiment besoin d'un tel texte.

La profession d'infirmier a beaucoup évolué; vous venez d'évoquer les IPA, et vous me permettrez d'insister sur l'aide à la formation, qui est déterminante en la matière. En effet, il faut être courageux, lorsque l'on est infirmier avec un salaire correct, pour entrer en formation et ne recevoir que 14 000 euros de la part de l'ARS sur deux ans; c'est tout de même peu et cela ne compense pas un salaire d'infirmier.

Oui, cette profession a beaucoup évolué. Elle constitue véritablement un recours de première nécessité, le plus proche dans de nombreux territoires.

Alors oui à une loi-cadre, et rapidement, s'il vous plaît, madame la ministre!

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, pour explication de vote.

M. Alain Milon. Je constate, dans toute cette discussion, un certain embarras de la part de Mme la ministre dès lors qu'il s'agit d'évoquer une loi-cadre sur une profession particulière, alors que l'ensemble des professions qui prodiguent des soins est en souffrance.

Notre pays est probablement l'un de ceux qui consacrent le plus d'argent aux soins; or, malgré les sommes considérables engagées, patients, médecins, kinésithérapeutes, infirmiers, chirurgiens-dentistes, pharmaciens et membres d'autres professions médicales sont insatisfaits et souffrent également. Les infirmiers ne sont pas les seuls, madame Poumirol, tant s'en faut.

Si une loi-cadre me semble souhaitable, elle ne devra certainement pas se limiter à une profession déterminée, mais concerner l'ensemble des professions de santé et, surtout, redéfinir les modalités de financement de l'ensemble du système, comme je l'ai dit dans le cadre de la discussion générale.

À titre personnel, madame la ministre, je considère qu'il faut redéfinir les dépenses, c'est-à-dire la manière dont nous générons les recettes et dont nous effectuons les dépenses, avant d'entrer dans le détail d'une loi-cadre spécifique, si je puis dire, pour une profession donnée.

Consacrons-nous donc à cette question des dépenses, ensuite, nous nous pencherons évidemment sur les différentes professions médicales.

Mon propos a peut-être été un peu long, je me suis peut-être mal exprimé, mais je tenais à dire mon embarras de constater que le débat concerne actuellement une seule profession.

Mme Émilienne Poumirol. C'est vrai!

M. le président. La parole est à M. Olivier Henno, pour explication de vote.

M. Olivier Henno. Mon intervention devait être assez proche de celle de M. Milon, je ne vais donc pas la répéter. Je souhaite toutefois souligner que le problème, comme pour de nombreux métiers et en particulier le métier d'infirmier, réside dans le fait que les pratiques

évoluent très rapidement alors que le cadre juridique semble quelque peu à la traîne: nous ne nous adaptons pas suffisamment à ces métiers, à ce monde, en mutation.

Il est évident que le métier d'infirmier n'a plus rien à voir avec ce qu'il était il y a dix ans, nous le constatons tous les jours, il suffit d'ouvrir les yeux.

À l'instar des Anglo-Saxons, nous devrions faire preuve de plus de souplesse dans la transformation de notre cadre juridique afin de l'adapter au rythme de l'évolution des pratiques sur le terrain.

M. le président. La parole est à M. Simon Uzenat, pour explication de vote.

M. Simon Uzenat. Je souscris évidemment aux propos de notre collègue Alain Milon, mais il existe une urgence absolue: l'accès aux soins, en particulier pour nos compatriotes qui n'ont pas de médecin traitant.

Dans ce cadre, les IPA représentent une solution d'accès immédiat à l'efficacité démontrée. Vous avez évoqué dans votre réponse, madame la ministre, un décret qui serait, semble-t-il, en attente au Conseil d'État. Or plusieurs décrets devraient être publiés en application de la loi du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé, depuis donc plus d'un an et demi.

Certes, vous n'en portez pas seule la responsabilité, nous en avons bien conscience, mais pouvez-vous nous confirmer que l'ensemble des décrets seront bien publiés et nous indiquer sous quel délai?

En effet, cette solution est d'une efficacité immédiate, en particulier dans les territoires ruraux, comme les IPA nous le rappellent souvent. Aussi, je vous invite à faire le nécessaire au plus vite.

M. le président. La parole est à M. Laurent Somon, pour explication de vote.

M. Laurent Somon. Pour rebondir sur les propos d'Alain Milon et d'Olivier Henno, on évoque souvent les questions de traitement, mais il est essentiel de ne pas négliger l'aspect préventif. L'heure venue d'intensifier les efforts dans ce domaine, pour lequel les infirmiers jouent un rôle déterminant.

Je tiens ainsi à rappeler la pénurie d'infirmiers dans les établissements scolaires: autrefois, des visites annuelles y étaient organisées dans une optique préventive; il est crucial de trouver les moyens de revaloriser cette mission.

Comme l'a souligné Alain Milon, cette problématique dépasse le seul métier d'infirmier et englobe notamment la prévention bucco-dentaire, dont l'importance capitale n'est plus à démontrer et dont nous mesurons aujourd'hui les conséquences délétères de son abandon, aggravées par l'absence de nombreux soins primaires, faute de rémunération adéquate.

Il est donc fondamental d'accorder une place de premier plan à la prévention, sans pour autant occulter la nécessité des traitements.

Mme Marion Canalès. Je retire mon amendement, monsieur le président!

M. le président. L'amendement n° 852 rectifié *quater* est retiré.

L'amendement n° 146, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé:

Remplacer le mot :

six

par le mot :

trois

les mots :

des articles 33 et 36

par les mots :

de l'article 33

et les mots :

l'opportunité d'un mécanisme d'indexation automatique du tarif des actes infirmiers sur l'inflation ainsi que des pistes de financement de cette mesure

par les mots :

l'amélioration de l'attractivité du métier d'infirmiers et de la reconnaissance de leurs compétences, notamment au regard des conditions de leur formation initiale et continue, ainsi que les modalités de revalorisation des actes infirmiers et leurs impacts pour la sécurité sociale

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Il est défendu.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Avis favorable.

Je saisis cette occasion pour répondre à la question posée sur le décret et l'arrêté. Un décret relatif à l'accès direct est actuellement examiné par le Conseil d'État ; quant à la prescription, elle fera bien entendu l'objet d'un arrêté.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 146.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 15 *quinquies*, modifié.

(L'article 15 quinquies est adopté.)

Après l'article 15 *quinquies*

M. le président. L'amendement n° 523 rectifié *ter*, présenté par Mmes Guillotin et Jacquemet, M. Bilhac, Mme Billon, MM. Bleunven, Cabanel et Courrial, Mme de La Provôté, M. Fialaire, Mme Gacquerre, MM. Gold, Grosvalet et Guiol, Mme Jouve, MM. Masset, Menonville et Mizzon, Mmes Perrot et Romagny, M. Roux et Mme Sollogoub, est ainsi libellé :

Après l'article 15 *quinquies*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la mise en œuvre de négociations conventionnelles visant à inscrire les actes et examens effectués par les infirmières puéricultrices dans les services départementaux de protection maternelle et infantile parmi les actes pris en charge par l'assurance maladie.

La parole est à M. Henri Cabanel.

M. Henri Cabanel. Cet amendement, soutenu par l'ordre national des infirmiers, s'inscrit dans le cadre des recommandations du rapport d'information *Transformation de l'offre de soins périnataux dans les territoires : le travail doit commencer* de Véronique Guillotin et Annick Jacquemet.

En raison de l'impossibilité de créer une nomenclature pour les actes effectués par les infirmiers puériculteurs dans les services de protection maternelle et infantile (PMI), cet amendement se présente sous la forme d'une demande de rapport.

Il est proposé au Gouvernement d'engager une réflexion sur la cotation de ces actes, afin de reconnaître à sa juste valeur la place des infirmiers puériculteurs au sein des PMI et de permettre à ces services de sécuriser leur budget en facturant un nombre d'actes plus important.

Le rapport sur la santé périnatale souligne la fragilité du modèle économique des PMI, ainsi que la précarité du suivi postnatal des mères et des pères.

Les mille premiers jours, période déterminante pour le développement de l'enfant, justifient un suivi régulier et spécialisé à proximité immédiate du domicile des parents ; les PMI et les infirmiers puériculteurs qui y exercent jouent un rôle essentiel durant cette période, qu'il est grand temps de reconnaître par une nomenclature adaptée.

Faute de pouvoir faire plus, nous invitons donc le Gouvernement à se saisir de cette question en inscrivant les actes et examens effectués par les infirmiers puériculteurs en PMI sur la liste des actes pris en charge par l'assurance maladie.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La commission n'est pas favorable à cette demande de rapport, sans pour autant sous-estimer l'intérêt de cette requête.

Le rôle des infirmiers puériculteurs, dont l'importance dans notre système de soins périnatal a été soulignée dans le rapport de Mme Guillotin, auteure de cet amendement, sera nécessairement abordé dans le cadre de la loi relative aux infirmiers.

Aussi, je demande le retrait de cet amendement ; à défaut, l'avis serait défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Même avis.

M. le président. Monsieur Cabanel, l'amendement n° 523 rectifié *ter* est-il maintenu ?

M. Henri Cabanel. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 523 rectifié *ter* est retiré.

Article 16

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 162-1-7-1 est ainsi rétabli :
- ③ « *Art. L. 162-1-7-1.* – La prise en charge par l'assurance maladie d'un produit de santé et de ses prestations associées, d'un acte inscrit sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 ou d'un transport de patient peut être subordonnée, en cas d'impact financier pour l'assurance maladie ou en cas de risque de mésusage, à la présentation par le patient d'un document, établi par le prescripteur, indiquant, à l'exclusion de toute autre

donnée médicale, que sa prescription respecte les indications ouvrant droit au remboursement ou les recommandations de la Haute Autorité de santé.

- ④ « Aux fins d'établir le document mentionné au premier alinéa du présent article, le prescripteur renseigne, dans des conditions précisées par voie réglementaire, des éléments permettant de vérifier si sa prescription s'inscrit ou non dans le cadre de ces indications ou recommandations. Ces renseignements sont transmis au service du contrôle médical.
- ⑤ « En l'absence du document mentionné au même premier alinéa ou lorsque celui-ci indique qu'une prescription ne s'inscrit pas dans les indications remboursables ou les recommandations, le professionnel appelé à exécuter la prescription recueille l'accord du patient pour délivrer ou réaliser les produits, actes et prestations ne faisant pas l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.
- ⑥ « Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent par arrêté les produits, actes et prestations soumis au présent article. Ces arrêtés précisent la nature des informations à renseigner par le prescripteur en application du deuxième alinéa. » ;
- ⑦ 2° L'article L. 162-19-1 est abrogé ;
- ⑧ 3° Au 1° de l'article L. 314-1, après le mot : « articles », est insérée la référence : « L. 162-1-7-1, ».
- ⑨ II. – Au premier alinéa de l'article 20-5-6 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, après la référence : « L. 162-1-7, », est insérée la référence : « L. 162-1-7-1, ».

M. le président. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, sur l'article.

Mme Émilienne Poumirol. L'article 16 vise à lutter contre le mésusage des produits de santé ou la prescription d'actes inutiles, ce qui nous paraît évidemment indispensable. Nous sommes attachés à la pertinence des soins et conscients des dérives possibles en la matière.

Cet article conditionne donc le remboursement de certains actes, qu'il s'agisse de biologie, d'imagerie ou de transport de patients, à la conformité aux recommandations de la HAS. Nous convenons de la nécessité d'une telle conformité. Cependant, il fait peser sur le patient la responsabilité de justifier la prescription, ce qui nous semble absolument anormal : ce n'est pas le patient qui prescrit tel médicament ou tel examen radiologique. Nous nous opposons à ce renversement de la charge de la preuve : le prescripteur doit être placé face à ses responsabilités, et non le patient, qui subit les conséquences de ses choix.

Je reconnais néanmoins qu'il s'agit, pour les médecins, d'une charge supplémentaire, et ces derniers nous alertent fréquemment sur le nombre trop élevé d'actes administratifs et la perte de temps que ceux-ci représentent pour eux, qui peut conduire à compromettre la prise en charge de certains patients.

La non-transmission de ce formulaire pénaliserait donc le patient, ce qui nous dérange, alors même que ledit formulaire constitue une charge pour le médecin. Ainsi, en pénalisant le

patient, on n'induit pas pour autant une responsabilisation du prescripteur, qui, s'il était lui-même sanctionné, ferait peut-être plus attention.

Pour autant, je le concède, une aide à la prescription, un logiciel, serait nécessaire. M. Fatôme nous a indiqué qu'il suffirait alors d'un ou deux clics pour aller dans ce sens. Lorsqu'un tel logiciel sera opérationnel, il conviendra, en effet, de pénaliser les médecins ou les prescripteurs qui ne respectent pas les recommandations de la HAS.

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques.

L'amendement n° 399 rectifié est présenté par M. Milon, Mmes Malet et Petrus, M. J.B. Blanc, Mmes Jacques et Aeschlimann, M. Somon, Mme M. Mercier, M. Sol, Mmes Lassarade et Micouleau et M. Khalifé.

L'amendement n° 1013 est présenté par Mmes Brulin, Apourceau-Poly, Silvani et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky.

L'amendement n° 1109 est présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, M. Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Alain Milon, pour présenter l'amendement n° 399 rectifié.

M. Alain Milon. Mme la ministre va dire que je suis constant, puisque je lui ai posé la même question il y a quinze jours.

Alors que de nombreux formulaires de demande d'accord préalable, les fameux DAP, ont été supprimés, le fait de conditionner la prise en charge d'un acte ou d'une prestation au renseignement par le prescripteur d'éléments relatifs aux circonstances et aux indications de la prescription sur un formulaire spécifique constitue, selon nos confrères, un véritable retour en arrière.

Si la pertinence des prescriptions doit être recherchée, cela ne peut se faire *via* la réintroduction d'une charge administrative supplémentaire pour les prescripteurs. Cette mesure s'inscrit en totale contradiction avec la volonté affichée du Gouvernement de libérer du temps médical.

C'est pourquoi je demande la suppression de cet article, rejoignant en cela d'autres collègues.

M. le président. La parole est à Mme Céline Brulin, pour présenter l'amendement n° 1013.

Mme Céline Brulin. Nous demandons également la suppression de cet article.

Nous sommes favorables à la lutte contre une éventuelle surconsommation, voire un mésusage, de médicaments, ou encore contre les actes inutiles, mais, pourquoi faudrait-il sanctionner les patients si d'aventure on soupçonnait une prescription mauvaise ou excessive ?

Cette mesure s'ajouterait à celles, déjà fort nombreuses dans ce PLFSS, qui concernent les patients et conduisent à des déremboursements.

Du point de vue des professionnels, qui se sont d'ailleurs révoltés contre cet article, il convient de réexaminer cette disposition, car celle-ci s'apparente à de l'infantilisation sous couvert de responsabilisation, ce qui ne témoigne guère d'une relation de confiance à l'égard des professionnels de santé.

Nous répétons régulièrement, les uns et les autres, que la paperasserie et les tâches administratives finissent par emboliser un certain nombre de professions, et pas seulement les professions de santé. Ce type de mesures, qui peut sembler anodin, contribue effectivement à mobiliser un temps médical dont nous avons tant besoin actuellement.

M. le président. La parole est à Mme Anne Souyris, pour présenter l'amendement n° 1109.

Mme Anne Souyris. Cet article va à l'encontre de l'égalité d'accès aux soins et du secret médical, tout en alourdissant encore le travail administratif des médecins.

D'abord, il fait craindre un affaïssement des droits sanitaires et de l'accès aux soins. Certains actes de biologie, d'imagerie ou de transport pourraient ne plus être pris en charge après prescription, ce qui pourrait entraîner un renoncement aux soins pour les personnes les plus précaires, mais aussi pour celles qui anticiperaient un non-remboursement.

Ensuite – je m'inscris là dans une perspective de lisibilité de notre système –, cet article constitue un doublon avec l'article L. 162-19-1 du code de la sécurité sociale, créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 et modifié par la LFSS pour 2024, même si sa rédaction est encore plus stricte. De plus, les formulaires Cerfa existent déjà et permettent de justifier la prescription dans le respect du secret médical pour certains soins. Ce bureaucratisme est néfaste tant pour l'accès aux soins que par la perte de temps médical qu'il induit.

Enfin, et surtout, cette procédure ne pourra garantir le respect du secret médical. Faut-il le rappeler ? la pertinence des prescriptions relève d'une science médicale et non comptable, qui devra passer par le renforcement de la formation des prescripteurs et des équipes médicales, ainsi que par l'éducation thérapeutique des patients, dans le cadre du parcours de soins.

Nous appelons donc à la suppression de cet article qui, à l'image du climat délétère de surenchère de mesures paternalistes, ne peut que nuire à la qualité des soins au nom de restrictions budgétaires.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet article étend ce qui a été mis en place dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 concernant les produits de santé.

Honnêtement, mes chers collègues, dans le contexte budgétaire que nous connaissons, personne ne peut soutenir qu'il soit inopportun de se pencher sur la pertinence tant des prescriptions médicales proprement dites que des soins. Il ne serait pas honnête de notre part de prétendre être favorables à la pertinence des prescriptions sans agir en ce sens.

Le problème, c'est que, le 30 octobre dernier, le présent texte a été télescopé par la publication d'un décret d'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, sans doute trop large et mal cadré, et qui a suscité beaucoup d'émoi.

Je partage votre souci de ne pas pénaliser les patients et de ne pas alourdir le travail des prescripteurs, mes chers collègues. Il faut donc que ces derniers disposent de logiciels et que les procédures soient simples ; je présenterai des amendements en ce sens dans un instant.

Il convient également de ne pas mettre en difficulté les effecteurs, qui ne tiennent pas le crayon du prescripteur, mais qui devront expliquer aux patients que tel médicament, acte d'imagerie ou titre de transport ne leur sera pas remboursé en raison d'un défaut de justification de la prescription. Cela peut être à l'origine de situations délicates...

Par conséquent, la commission est défavorable à ces amendements de suppression, mais elle a déposé des amendements visant à éviter l'alourdissement des procédures et le risque de perte de temps médical, et partant, à apaiser les inquiétudes des professionnels de santé. Nous ferons en sorte que ces procédures soient le moins chronophages possible pour les prescripteurs.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Le mésusage de médicaments me préoccupe grandement, car il peut, à long terme, emporter des risques pour les patients. Un médicament est indiqué pour une pathologie et toute prescription qui s'éloigne des indications validées par les instances compétentes doit nous alerter. Je tiens à insister sur ce message.

S'il n'est pas logique que l'assurance maladie supporte le coût de tels mésusages, qui peuvent également concerner des actes, il ne faut pas non plus qu'elle les encourage en les finançant.

Il nous revient donc de mettre en place un outil simple qui permette d'informer le patient et le médecin tout en ne prenant pas trop de temps à ce dernier.

Nous assistons par exemple à une montée en flèche des prescriptions de vitamine D, qui doivent normalement s'inscrire dans le cadre de six recommandations précises. Certains considèrent peut-être qu'il n'y a pas assez de soleil dans notre pays (*Sourires.*), mais il n'en reste pas moins qu'en dehors de ces six indications la prescription de vitamine D ne sert à rien et ne doit donc pas être remboursée par l'assurance maladie.

Il s'agit non pas de contrôler les médecins, mais de nous assurer que nous faisons un bon usage des médicaments. Du reste, les prescriptions de médicaments ou d'actes ne seront pas toutes visées par la liste qui a été établie.

En tout état de cause, il me paraît logique d'encadrer les prescriptions. S'il nous faut faire en sorte de ne pas alourdir le travail des professionnels de santé, j'estime qu'une telle tâche relève du temps non pas administratif, mais médical.

Faisons confiance au directeur général de la Cnam, qui m'assure que, grâce aux outils numériques, nous serons en mesure de trouver des moyens « faciles ».

L'avis du Gouvernement sur ces amendements identiques est donc défavorable. Mobilisons-nous pour éviter le mésusage et promouvoir les bonnes pratiques, mesdames, messieurs les sénateurs.

M. le président. La parole est à Mme Annie Le Houerou, pour explication de vote.

Mme Annie Le Houerou. Le groupe Socialiste, Écologiste et Républicain souhaite la suppression du présent article, car nous estimons qu'une prescription abusive, ou du moins non pertinente, d'un médecin ne doit pas être à la charge du patient.

S'il est nécessaire de contrôler la pertinence des prescriptions, il convient aussi de ne pas allonger le temps de travail administratif des médecins, au détriment du temps médical, dont nous manquons. Laissons donc les médecins se concentrer sur ce temps.

Vous indiquez qu'il ne revient pas à l'assurance maladie de prendre en charge des prescriptions non pertinentes, madame la ministre. Sans doute, mais cette charge ne doit pas non plus être supportée par les patients, dont le reste à charge va toujours croissant.

Mme Émilienne Poumirol. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Olivier Henno, pour explication de vote.

M. Olivier Henno. J'abonderai dans le sens de Mme la rapporteure et de Mme la ministre.

Pour certains, ce n'est jamais le bon moment pour aller vers plus de responsabilisation et de régulation. La maîtrise des dépenses de santé est pourtant le cœur nucléaire de notre débat, mes chers collègues. Au-delà de l'augmentation des recettes, il nous faut bien maîtriser les dépenses.

L'autorégulation a peut-être fonctionné autrefois. Pour ma part, je note que, le plus souvent, elle ne fonctionne pas ou fonctionne mal. J'estime donc qu'un effort de responsabilisation et de régulation est nécessaire, c'est pourquoi je ne voterai pas ces amendements de suppression.

M. le président. La parole est à Mme Nathalie Goulet, pour explication de vote.

Mme Nathalie Goulet. Permettez-moi de vous parler d'un temps « que les moins de 20 ans ne peuvent pas connaître », madame la rapporteure.

En 2010, j'ai participé, en tant que vice-présidente, à la mission d'information sur le Mediator emmenée par François Autain. Nous rencontrions alors avec le Vioxx les mêmes difficultés que nous rencontrons aujourd'hui avec l'Ozempic, ce qui prouve que, en matière de mésusage, nous n'avons rien appris, en dépit de ses conséquences pour la santé publique et du coût supporté par la sécurité sociale.

Les influenceurs, notamment d'outre-Atlantique, que nous avons évoqués hier, ont un rôle néfaste en la matière, car ils entretiennent et renforcent ce mésusage pour des raisons d'image ; vous voyez à quoi je fais allusion...

Il est donc en effet impératif d'alerter et de sanctionner. En tout état de cause, le régime général et les salariés ne doivent pas pâtir du mésusage des médicaments.

François Autain avait mené la mission d'information sur le Mediator avec beaucoup de fermeté, car des alertes avaient déjà été données, précédemment, sur le Mediator comme sur le Vioxx, et nos travaux avaient donné lieu au dépôt d'une proposition de loi, adoptée par la Haute Assemblée à la suite de débats intenses, qui avait conduit à la restructuration de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM).

En tout état de cause, je soutiens la position de la commission.

M. le président. La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge, pour explication de vote.

Mme Raymonde Poncet Monge. Il n'est pas acceptable de rendre les usagers responsables des mésusages, sauf à penser que ceux-ci sont le fait de déviances consuméristes, par lesquelles le médecin céderait à la pression de l'usager !

On ne peut, d'un côté, admettre que le médecin est responsable au point d'être dépositaire du secret médical, et, de l'autre côté, faire peser sur l'usager une prescription que l'assurance maladie jugerait insuffisamment justifiée ! Cela reviendrait à admettre que le médecin est impuissant, par exemple devant la demande d'un patient qui voudrait se voir prescrire un médicament contre le diabète dans le but de maigrir.

Nul besoin d'épiloguer, car le ver est dans le fruit, mes chers collègues : l'usager ne peut pas être responsable du mésusage d'un médicament. Point final !

M. le président. La parole est à Mme Céline Brulin, pour explication de vote.

Mme Céline Brulin. Je m'inquiète de vous entendre évoquer la nécessité d'une régulation ou d'une limitation pour réduire les dépenses de santé, mon cher collègue Henno, car c'est la même logique qui a conduit, voilà quelques années, à abaisser considérablement le *numerus clausus*, au motif que les dépenses de santé diminueraient à raison du nombre de médecins. Vous savez à quelle situation cette décision nous a conduits, et combien de temps et d'énergie il nous faut déployer pour que chaque Français puisse avoir accès à un médecin.

Que des influenceurs de tout poil invitent les usagers, par une pression plus ou moins amicale, à mésuser des médicaments, c'est évident, mais le contrôle pur et dur permettra-t-il d'endiguer ce phénomène ? J'estime pour ma part que c'est par le renforcement des relations qu'ils nouent avec les professionnels de santé que nous pourrions aider les usagers qui subissent de telles pressions à s'en dégager.

Ce PLFSS va entraîner des remboursements de consultations et de médicaments, et, pour les salariés, va imposer sept heures de travail supplémentaires par an au nom de la solidarité à l'égard de nos anciens. Allons-nous de surcroît annoncer aux usagers qu'ils paieront plein pot les coûts afférents à une prescription qui s'apparenterait à du mésusage ?

Soyons sérieux, mes chers collègues : sauf à penser que les prescriptions non pertinentes seraient imputables uniquement aux patients qui les demandent à leur médecin, cela n'arrangera rien. De tels cas doivent certainement exister, mais j'estime qu'il y en a bien d'autres.

M. le président. La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. J'entends toutes vos remarques, mes chers collègues.

Il faut reconnaître qu'il y a eu un « loupé » dans la rédaction du décret d'application de la LFSS pour 2024 qui appelle les professionnels à une amélioration de la pertinence des prescriptions de produits de santé sans même assortir cette demande d'une liste limitative. Je comprends donc que les professionnels s'en soient émus.

Pour autant, ce texte sert l'intérêt des patients, tant il est vrai que les médicaments ne sont pas de petites friandises au chocolat enrobées de couleurs vives.

Je rappelle par ailleurs, car vous semblez l'avoir quelque peu oublié, mes chers collègues, que la prescription de certains médicaments est déjà encadrée, et ce dans l'intérêt des patients et au nom de la pertinence des prescriptions.

La prescription de médicaments stupéfiants, par exemple, se fait au moyen d'ordonnances sécurisées. La prescription et la délivrance d'un traitement substitutif à un patient sous addiction obéissent en effet à certaines règles. Or, lors de la mise en place de ce dispositif, les prescripteurs ne s'en sont pas émus, alors même que cela les contraignait à disposer d'ordonnances sécurisées ou d'ordonnances d'exception en bonne et due forme. De même, la prescription de certains médicaments est réservée à des médecins spécialistes.

Le médecin généraliste peut en outre ajouter la mention « NR », pour « Non remboursé », sur une prescription lorsqu'il juge qu'un médicament peut être prescrit, mais qu'il ne répond pas aux indications thérapeutiques remboursables par l'assurance maladie. Le patient en est donc informé.

Par le présent article, il est simplement proposé d'aller plus loin, mes chers collègues. Comme je l'ai indiqué, je présenterai des amendements visant à encadrer le dispositif, et nous serons attentifs au décret d'application.

M. le président. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. L'amélioration de la pertinence des prescriptions est en effet un axe essentiel pour optimiser l'usage de l'argent public et éviter les dérives. Je m'étonne toutefois qu'une telle disposition soit introduite dans un PLFSS.

Lors des dernières négociations conventionnelles, les syndicats signataires ont trouvé un accord avec l'assurance maladie sur la mise en place d'un dispositif de ce type pour un médicament destiné à des patients diabétiques, mais dont l'usage est fréquemment détourné.

Néanmoins, il ne faut pas créer un dispositif spécifique. Les logiciels de prescription, qui sont tous agréés par l'assurance maladie, évoluent au rythme du cahier des charges de celle-ci. Comme l'a indiqué Mme Poumirol, l'inclusion d'un dispositif d'aide à la prescription dans un tel logiciel, qui n'impliquera en pratique que de cliquer sur deux cases, est très simple, contrairement à la création d'un formulaire supplémentaire.

Les prescripteurs sont du reste sensibles à cette question et il n'y a aucune raison de pénaliser les patients.

Il paraît raisonnable de laisser les partenaires décider de l'instauration ce type de dispositif de manière conventionnelle plutôt que de les inscrire dans la loi. Un débat au Parlement ne se justifiera que si les résultats ne sont pas satisfaisants.

M. le président. La parole est à Mme la ministre.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Je tiens à revenir sur certains propos, qui m'ennuient.

L'objectif est que le patient soit non pas responsable, mais librement informé.

Mme Émilienne Poumirol. Il ne doit pas être pénalisé !

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Grâce au dispositif proposé, le patient sera informé par le médecin que tel médicament qu'il insiste à se voir prescrire ne lui sera pas remboursé, et s'il ne le souhaite pas, il pourra demander qu'un autre traitement lui soit prescrit.

Par ailleurs, pour éviter le détournement des médicaments antidiabétiques, j'estime que ce sont la prévention et une alimentation saine qui doivent être privilégiées.

Il est exact que la convention médicale aborde les bonnes pratiques en matière de prescription. J'estime toutefois que les cas particuliers qui ont été évoqués doivent être clairement inscrits dans ce PLFSS. Le mésusage emportant en effet des frais d'assurance maladie qui me paraissent totalement injustifiés, l'encadrement des prescriptions doit nous permettre de réduire ces dépenses.

M. le président. La parole est à M. Daniel Chasseing, pour explication de vote.

M. Daniel Chasseing. Le Mediator, que Mme Goulet a évoqué, n'a été retiré qu'en 2009, alors que les médecins savaient depuis environ 2008 qu'il entraînait des valvulopathies cardiaques. La faute en incombe donc à la HAS.

Le mésusage des médicaments doit aussi être considéré au prisme de l'iatrogénie médicamenteuse, que les pharmaciens notamment peuvent contribuer à prévenir.

Le dispositif proposé alourdira le travail des médecins, alors que comme Mme la rapporteure l'a rappelé, des règles encadrent d'ores et déjà les prescriptions.

Je voterai donc ces amendements de suppression.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 399 rectifié, 1013 et 1109.

J'ai été saisi de deux demandes de scrutin public émanant, l'une, de la commission des affaires sociales et, l'autre, du groupe Les Républicains.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable, de même que celui du Gouvernement.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

M. le président. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à constater le résultat du scrutin.

(Mmes et MM. les secrétaires constatent le résultat du scrutin.)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 68 :

Nombre de votants	340
Nombre de suffrages exprimés	329
Pour l'adoption	122
Contre	207

Le Sénat n'a pas adopté.

Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 147 rectifié est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 1376 est présenté par le Gouvernement.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 3

Remplacer les mots :

en cas d'impact financier

par les mots :

lorsqu'elle est particulièrement coûteuse

La parole est à Mme la rapporteure, pour présenter l'amendement n° 147 rectifié.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement vise à préciser le périmètre de la nouvelle procédure d'accompagnement à la pertinence des prescriptions, en la réservant aux actes ou transports particulièrement coûteux ou présentant un risque identifié de mésusage.

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour présenter l'amendement n° 1376.

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

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 147 rectifié et 1376.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. L'amendement n° 148, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 3

Après le mot :

médicale,

insérer les mots :

qu'il a préalablement consulté le dossier médical partagé du patient ou

II. – Alinéa 4, première phrase

Après le mot :

vérifier

insérer les mots :

s'il a préalablement consulté le dossier médical partagé du patient ou

III. – Alinéa 5

Après le mot :

indique

insérer les mots :

que le prescripteur n'a pas consulté préalablement le dossier médical partagé du patient ou

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Le présent amendement vise à permettre au Gouvernement d'utiliser la procédure d'accompagnement à la pertinence des prescriptions introduite par le présent article pour vérifier si le prescripteur a consulté le dossier médical partagé (DMP) du patient préalablement à sa prescription et limiter ainsi les actes redondants.

Alors que le DMP constitue un outil indispensable de coordination des soins et de limitation des actes inutiles et redondants, la Cour des comptes a récemment relevé qu'il demeurerait trop peu consulté par les professionnels de santé.

Dans la convention médicale conclue le 4 juin 2024, la consultation systématique du DMP préalablement à toute demande d'imagerie figure toutefois parmi les engagements des médecins.

M. le président. Souhaitez-vous présenter les amendements n° 149 et 150 dans la foulée, madame la rapporteure ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Bien volontiers, monsieur le président.

M. le président. J'appelle donc en discussion les amendements n° 149 et 150.

L'amendement n° 149, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 3

Supprimer les mots :

ou les recommandations de la Haute Autorité de santé

II. – Alinéa 4, première phrase

Supprimer les mots :

ou recommandations

III. – Alinéa 5

Supprimer les mots :

ou les recommandations

L'amendement n° 150, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 4, première phrase

Après le mot :

réglementaire

insérer les mots :

permettant le recours à un téléservice dédié

Veillez poursuivre, madame la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. L'amendement n° 149 vise à supprimer du présent article les références aux recommandations de la Haute Autorité de santé.

Si ces recommandations contribuent, parfois de manière déterminante, à la mise à la disposition des professionnels de santé des données acquises de la science, elles demeurent dépourvues en elles-mêmes de caractère contraignant. Les recommandations internationales ou des sociétés savantes y contribuent également.

En conséquence, il ne paraît pas souhaitable de faire du respect des recommandations de la HAS un critère nécessaire à la prise en charge du produit, de l'acte ou du transport prescrit.

Quant à l'amendement n° 150, il tend à inscrire dans la loi que l'assurance maladie doit mettre à la disposition du prescripteur un téléservice spécifique permettant de vérifier si sa prescription s'inscrit ou non dans les indications thérapeutiques remboursables. Afin de ne pas réduire inutilement le temps médical disponible, ce téléservice devra être aussi simple d'utilisation que possible. Je souhaite que ce dernier point ne soit pas un vœu pieux, mes chers collègues...

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Je partage votre souhait de réduire le nombre d'actes redondants, madame la rapporteure. J'attache également beaucoup d'importance au déploiement du dossier médical partagé, car nous avons du retard en la matière. J'estime toutefois que la rédaction de l'amendement n° 148 gagnerait à être améliorée dans la navette, car je ne suis pas certaine que la disposition proposée soit opérationnelle. Sur cet amendement, je m'en remets donc à la sagesse du Sénat.

Les recommandations de la HAS relatives aux bonnes pratiques en matière de prescription de transport ne sont pas contraignantes. Il paraît dommage de s'en priver, c'est pourquoi je demande le retrait de l'amendement n° 149. À défaut, j'y serais défavorable.

Enfin, je soutiens totalement le téléservice, en cours de développement par l'assurance maladie, qui est visé par l'amendement n° 150. J'émetts donc un avis favorable à son sujet.

M. le président. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. J'ai quelques doutes quant à l'opérationnalité du dispositif que l'amendement n° 148 vise à introduire. Le DMP n'étant pas fait pour cela, il ne sera pas simple d'y trouver l'information pertinente pour telle ou telle prescription. Alors que nous ne cessons de dire qu'il faut simplifier l'exercice de la médecine, ce dispositif constituerait un obstacle supplémentaire pour les praticiens.

Par ailleurs, l'obligation s'appliquera-t-elle également à l'hôpital ? Faudra-t-il, aux urgences, vérifier qu'une radio ou un examen biologique n'ont pas déjà été effectués récemment avant de les prescrire ?

Si l'intention est juste, le dispositif proposé n'est pas opérationnel. Par conséquent, sauf à retenir la « jurisprudence » du président de la commission, selon laquelle on peut adopter des amendements imparfaits, car ils peuvent ensuite être réécrits ensuite lors des travaux de la commission mixte paritaire (*Sourires.*), je ne voterai pas l'amendement n° 148.

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, pour explication de vote.

M. Alain Milon. Je voterai l'amendement n° 150.

Je m'interroge en revanche sur les amendements n°s 148 et 149.

En ce qui concerne l'amendement n° 148, j'irai plus loin encore que mon collègue Bernard Jomier. Imaginez, mes chers collègues, qu'en plein congrès des maires, alors qu'un monde fou se presse dans la salle des conférences, une personne fasse un malaise. Serons-nous en tort si nous la soignons sans avoir consulté son DMP, madame la rapporteure ?

Il me paraît par ailleurs contradictoire de supprimer les recommandations de la HAS, dont nous avons précédemment souligné l'importance.

Avec mes humbles excuses, madame la rapporteure, je ne voterai donc pas les amendements n°s 148 et 149. Je vous offrirai toutefois l'apéro pour me faire pardonner... (*Sourires.*)

M. le président. La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Bien évidemment, je considère qu'il faut tenir compte des recommandations de la Haute Autorité de santé, qui favorisent les bonnes pratiques, mais elles n'ont pas de caractère contraignant, contrairement à la loi. Nous pourrions en rediscuter.

Je veux vous rassurer, mon cher collègue Jomier, je présenterai un amendement tendant à insérer un article après l'article 16 – l'amendement n° 152 rectifié –, afin que la consultation du dossier médical partagé soit l'un des critères pris en compte dans les programmes d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq) à l'hôpital.

M. Bernard Jomier. Cela ne vaudra-t-il que pour les hôpitaux ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Oui, mais c'est déjà un pas, mon cher collègue.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 148.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 149.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 150.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 1250 rectifié, présenté par Mmes Aeschlimann, Belrhiti et Bonfanti-Dossat, MM. Bouchet et Courtial, Mmes Dumont et Evren, MM. Genet et Gremillet, Mme Jacques, MM. Karoutchi et Klingler, Mmes Malet et Micouveau, MM. Milon, Mizzon, Panunzi et Pernot, Mmes Perrot, Petrus et Romagny et MM. Sautarel et Somon, est ainsi libellé :

Alinéa 6, première phrase

Après le mot

fixent

insérer les mots :

après consultation des parties prenantes, dont les professionnels de santé et les associations de représentants d'usagers agréées au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique,

La parole est à Mme Marie-Do Aeschlimann.

Mme Marie-Do Aeschlimann. Cet amendement vise à atténuer la rigueur du dispositif d'encadrement de la prescription en vue du renforcement de la pertinence des soins.

En effet, il a pour objet de prévoir la consultation des professionnels de santé et des représentants des usagers dans l'élaboration de la liste des actes et des prestations concernés par l'accompagnement à la prescription médicale.

Cet accompagnement risque d'être un irritant, dans la mesure où il pourrait être interprété comme la remise en cause de la compétence professionnelle du prescripteur. Nous avons pu le constater lors des échanges que nous avons eus précédemment, dans le cadre de l'examen des amendements de suppression de l'article 16 ; j'étais d'ailleurs cosignataire de celui de notre collègue Alain Milon.

C'est pourquoi je propose que, à tout le moins, on associe les parties prenantes à la préparation de cette mesure, afin d'en garantir l'acceptation. Il faut veiller à ce que les spécificités techniques et médicales que maîtrisent les profession-

nels soient bien entendues. Leur participation permettra de prendre une décision meilleure, mieux adaptée aux réalités de terrain et à la pratique professionnelle médicale.

De même, il me semble important d'associer à cette consultation les représentants des usagers, afin de renforcer la démocratie médicale. Sans perdre de vue les impératifs de santé publique – la rapporteure a rappelé à juste titre qu'il était important de lutter contre les risques de mésusage – et les considérations économiques, une telle consultation enrichirait le dispositif en intégrant les attentes des parties prenantes.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Tout est dit ; c'est une bonne mesure.

Avis favorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Avis de sagesse.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1250 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 16, modifié.

(L'article 16 est adopté.)

Après l'article 16

M. le président. L'amendement n° 14 rectifié *bis*, présenté par Mme N. Goulet, MM. Canévet, Kern, Henno, Laugier, Longéot et S. Demilly, Mme Saint-Pé, M. Bitz, Mme Sologoub, MM. Bonneau et Lafon, Mme Perrot, MM. Levi et Delahaye, Mmes Jacquemet et O. Richard, MM. Pillefer, Menonville, Maurey et Courtial et Mmes Romagny et Antoine, est ainsi libellé :

Après l'article 16

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le deuxième alinéa de l'article L. 111-1 du code la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :
« Les conditions de résidence régulière sont contrôlées périodiquement. »

La parole est à Mme Nathalie Goulet.

Mme Nathalie Goulet. J'ai un léger TOC (trouble obsessionnel compulsif) : le contrôle des conditions de résidence régulière des assurés.

Vous allez certainement m'expliquer, madame la ministre, que tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes possibles, mais ce n'est pas vrai. En effet, un salarié étranger, qu'il soit américain ou canadien, titulaire d'un titre de séjour et d'un contrat de travail, peut avoir accès aux soins, mais, lorsque son titre de séjour périmé, cela n'entraîne pas automatiquement la péremption de son droit d'accès aux soins, car il n'existe pas de lien automatique entre le service des étrangers et les organismes de sécurité sociale.

Il est donc essentiel de contrôler régulièrement les conditions de séjour des bénéficiaires de prestations sociales, de sorte que ceux qui sont en situation irrégulière sur le territoire n'aient plus accès au régime général. Ils peuvent se tourner vers l'aide médicale de l'État (AME) – pour ma part je ne souhaite pas particulièrement sa suppression et je n'ai jamais

voté en ce sens –, mais le séjour régulier donne accès à des droits et, si le séjour n'est plus régulier, le bénéfice de ces droits doit cesser.

C'est la raison pour laquelle je propose d'ajouter, à l'article L. 111-1 du code de la sécurité sociale, la disposition suivante : « Les conditions de résidence régulière sont contrôlées périodiquement. » Cette phrase reprend d'ailleurs exactement ce qui figure à l'article L. 114-10-2 du code de la sécurité sociale, qui définit le dispositif. Il s'agit donc simplement d'un amendement de précision.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Je partage les préoccupations de notre collègue, mais son amendement est satisfait. Les contrôles ne sont peut-être pas aussi fréquents qu'ils devraient l'être, mais la notion de contrôle périodique figure déjà dans la loi.

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 14 rectifié *bis*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements et d'un sous-amendement faisant l'objet d'une discussion commune.

Les trois premiers amendements sont identiques.

L'amendement n° 154 est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 349 rectifié est présenté par M. Iacovelli, Mmes Havet et Nadille, MM. Lévrier, Buis et Omar Oili, Mmes Ramia, Duranton et Schillinger, M. Rohfritsch, Mme Cazebonne, M. Buval, Mme Lermytte et M. Chasseing.

L'amendement n° 1337 est présenté par le Gouvernement.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 16

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La section 2 du chapitre 4 *ter* du titre I du livre I du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° L'article L. 114-9 est ainsi modifié :

a) Le deuxième alinéa est supprimé ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsqu'un organisme local d'assurance maladie ou l'organisme national agissant au nom et pour le compte d'un ou plusieurs de ces organismes en application du cinquième alinéa dépose plainte, il communique au procureur de la République, à l'appui de sa plainte, le nom et les coordonnées des organismes d'assurance maladie complémentaires concernés ainsi que toute information qu'il détient sur le préjudice causé à ces organismes. » ;

2° Après l'article L. 114-9, il est inséré un article L. 114-9-... ainsi rédigé :

« *Art. L. 114-9-...* – Lorsque les investigations menées en application de l'article L. 114-9 mettent en évidence des faits de nature à faire présumer l'un des cas de fraude en matière sociale mentionné au premier tiret de

l'article L. 114-16-2 et qu'il y a présence d'au moins un critère défini par décret en Conseil d'État, les agents chargés du contrôle mentionnés à l'article L. 114-10 du présent code ou à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime communiquent aux organismes d'assurance maladie complémentaire les informations strictement nécessaires à l'identification de l'auteur de ces faits et des actes et prestations sur lesquels ils portent. Dans le cadre de cette communication, les données à caractère personnel concernant la santé sont strictement limitées à la nature des actes et prestations concernés. Les informations transmises ne peuvent être conservées par l'organisme d'assurance maladie complémentaire que pour la durée strictement nécessaire aux fins de préparer et, le cas échéant, d'exercer et de suivre une action en justice en tant que victime. Lorsqu'une décision de déconventionnement est prononcée, les agents visés ci-dessus en informent les organismes d'assurance maladie complémentaires.

« Lorsque l'organisme d'assurance maladie complémentaire de l'assuré a connaissance d'informations ou de faits pouvant être de nature à constituer une fraude et qu'il y a présence d'au moins un critère défini par décret en Conseil d'État, il communique aux agents chargés du contrôle mentionnés à l'article L. 114-10 du présent code ou à l'article L. 724-7 du code rural et de la pêche maritime de l'organisme compétent les informations strictement nécessaires à l'identification de l'auteur de ces faits et des actes et prestations sur lesquels ils portent. Les informations transmises ne peuvent être conservées par l'organisme d'assurance maladie obligatoire qu'aux fins de déclencher ou poursuivre la procédure de contrôle ou d'enquête mentionnée au premier alinéa de l'article L. 114-9, de préparer et, le cas échéant, d'exercer et de suivre une action en justice en tant que victime, de déposer une plainte devant les juridictions du contentieux du contrôle technique dans les cas prévus aux articles L. 145-1 et L. 145-5-1, de mettre en œuvre une procédure de sanction administrative prévue par l'article L. 114-17-1 ou l'une des procédures de déconventionnement définies aux articles L. 162-15-1 et L. 162-32-3 pour les organismes d'assurance maladie obligatoire.

« Toute personne au sein des organismes d'assurance maladie complémentaire dont les interventions sont nécessaires aux finalités mentionnées aux premier et deuxième alinéas est tenue au secret professionnel.

« Les informations communiquées en application du premier et du deuxième alinéas ne peuvent être utilisées à d'autres fins que celles prévues au présent article, sous peine des sanctions prévues à l'article 226-21 du code pénal. Les organismes concernés s'assurent de la mise à jour des informations transmises et procèdent sans délai à la suppression des données enregistrées dès lors que la personne physique ou morale concernée est mise hors de cause.

« Pour la mise en œuvre des échanges prévus au présent article, les organismes précités peuvent recourir à un intermédiaire présentant des garanties techniques et organisationnelles appropriées assurant un haut niveau de sécurité des données. Les organes dirigeants de cet

intermédiaire présentent toute garantie d'indépendance à l'égard des organismes d'assurance maladie complémentaire.

« Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, précise les conditions et modalités de mise en œuvre des échanges d'informations prévus au présent article, notamment les conditions d'habilitation des personnels de l'organisme d'assurance maladie complémentaire concerné ainsi que les modalités d'information des assurés et des professionnels concernés par ces échanges. Il définit le rôle et les attributions de l'intermédiaire mentionné au cinquième alinéa du présent article. »

La parole est à Mme la rapporteure, pour présenter l'amendement n° 154.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement vise à améliorer la coordination et la coopération entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires d'assurance maladie en matière de lutte contre la fraude, un enjeu déterminant et aujourd'hui sous-investi malgré des perspectives d'économies substantielles dans un contexte financier particulièrement dégradé.

D'une part, il tend à prévoir que, en cas de dépôt de plainte pour fraude, les caisses d'assurance maladie communiquent au procureur de la République le nom et les coordonnées des organismes complémentaires affectés par cette fraude.

D'autre part, il a pour objet de réviser le cadre d'échange de données applicable en matière de suspicion de fraude, aujourd'hui jugé trop rigide par les acteurs, pour favoriser une meilleure articulation entre l'assurance maladie obligatoire et les complémentaires santé. Les échanges de données ainsi prévus sont circonscrits dans le respect du droit à la protection des données et seront, dans le détail, encadrés après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil).

Mme Nathalie Goulet. Excellent !

M. le président. La parole est à M. Xavier Iacovelli, pour présenter l'amendement n° 349 rectifié.

M. Xavier Iacovelli. Pour rédiger notre amendement, nous nous sommes inspirés des travaux de la mission d'information sur les complémentaires santé et le pouvoir d'achat des Français, dont j'ai eu l'honneur d'être corapporteur avec notre ancienne collègue Carrère-Gée, et dont Mme la rapporteure a été un membre actif.

La lutte contre la fraude sociale est un ingrédient essentiel de la confiance de nos concitoyens dans le système de santé. Nous avons donc besoin que tous les acteurs se mobilisent sur le sujet. Tel est le sens du deuxième volet de l'axe 4 de la feuille de route définie dans le cadre du plan de lutte contre la fraude fiscale, sociale et douanière, qui vise à « approfondir les coopérations institutionnelles en matière de lutte contre la fraude » ; plus précisément, la mesure 31 prévoit de « renforcer la coopération entre l'assurance maladie et les complémentaires santé » au travers d'une évolution législative inscrite dans le PLFSS.

Du côté de l'assurance maladie comme des organismes complémentaires, le constat est le même : les comportements frauduleux évoluent, notamment au moyen de faux documents – fausses prescriptions et faux arrêts de travail –, de facturations d'actes fictifs, d'usurpations d'identité et de « bons plans » qui se diffusent sur les réseaux

sociaux, tout particulièrement dans le champ des prestations couvertes par le 100 % santé. (*Mme Nathalie Goulet approuve.*)

Il y a donc urgence à favoriser la coopération entre les organismes de sécurité sociale et les complémentaires santé, afin de gagner en efficacité et en rapidité dans la lutte contre la fraude et de concourir ainsi à la pérennité de notre système de protection sociale.

Mme Nathalie Goulet. Bravo !

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour présenter l'amendement n° 1337.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Notre amendement identique permet d'assurer la recevabilité de la mesure contenue dans les amendements de la rapporteure et de M. Iacovelli, dont j'approuve les propos.

M. le président. Le sous-amendement n° 1335 n'est pas soutenu.

L'amendement n° 22 rectifié *bis*, présenté par Mme N. Goulet, MM. Canévet, Kern, Henno, Laugier, Longeot et S. Demilly, Mme Saint-Pé, M. Bitz, Mme Sollogoub, MM. Bonneau et Lafon, Mme Perrot, MM. Levi et Delahaye, Mmes Jacquemet et O. Richard, MM. Pillefer, Menonville, Maurey et Courtial et Mmes Romagny et Antoine, est ainsi libellé :

Après l'article 16

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au deuxième alinéa de l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale, les mots : « le cas échéant, s'il peut être identifié, » sont supprimés.

La parole est à Mme Nathalie Goulet.

Mme Nathalie Goulet. Je me réjouis de constater que cet article reprend des dispositions que j'avais proposées non seulement l'année dernière, mais également l'année précédente et l'année antérieure, et qui avaient à chaque fois été repoussées au nom du secret médical. C'est une très bonne nouvelle et je voterai cet article « des deux mains » ; comme quoi, il faut toujours un peu d'obstination pour obtenir satisfaction...

Mon amendement a pour objet de supprimer, au deuxième alinéa de l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale, les mots « le cas échéant, s'il peut être identifié ». En effet, les organismes complémentaires sont tous connus. De plus, les prévenir doit être obligatoire et non pas éventuel. Le dispositif de contrôle que prévoit l'article est très important pour la coordination de la lutte contre la fraude.

D'ailleurs, avant-hier, lorsque nous avons examiné l'article 14, nous avons également adopté un dispositif de meilleure coordination de l'information entre les différents organismes en matière de lutte contre la fraude.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Je remercie Mme la ministre d'avoir rendu possible l'initiative de la commission.

J'invite Mme Goulet à retirer son amendement, car il est satisfait par les autres amendements en discussion commune, qui visent à améliorer l'articulation entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire pour renforcer la lutte contre la fraude, tout en élargissant plus que ne le fait le sien les possibilités d'échange de données.

Par conséquent, demande de retrait ou, à défaut, avis défavorable.

M. le président. Madame Goulet, l'amendement n° 22 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Nathalie Goulet. En effet, l'article, tel qu'il sera modifié par les amendements identiques, satisfera ma demande. Encore une fois, il est toujours dommage d'avoir raison trop tôt, mais je salue cette disposition qui vise à améliorer la coordination avec les organismes complémentaires dans la lutte contre la fraude.

Je retire mon amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 22 rectifié *bis* est retiré.

Je mets aux voix les amendements identiques n°s 154, 349 rectifié et 1337.

(*Les amendements sont adoptés.*)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 16.

L'amendement n° 16 rectifié, présenté par Mme N. Goulet, est ainsi libellé :

Après l'article 16

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 161-1-4 du code de la sécurité sociale, après le mot : « notamment » sont insérés les mots : « les pièces justifiant de son séjour régulier en France et de la réalité de sa résidence, ».

La parole est à Mme Nathalie Goulet.

Mme Nathalie Goulet. Au risque de vous lasser, mes chers collègues, je souhaite compléter l'article L. 161-1-4 du code de la sécurité sociale, afin que soient aussi prises en compte les pièces justifiant le séjour régulier en France et la réalité de la résidence du demandeur ou du bénéficiaire d'une prestation.

Xavier Iacovelli a mentionné l'existence de très nombreuses fraudes aux prestations sociales. Les fraudes à la résidence et au séjour régulier sont les plus importantes. Ce dispositif vise à les prévenir.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Certaines prestations sociales ne sont pas conditionnées à la preuve d'un séjour régulier ou d'une résidence habituelle. Il n'est pas question d'ouvrir ici le débat qui aura lieu lors de l'examen du projet de loi de finances, mais c'est le cas de l'AME, de l'hébergement d'urgence ou encore de l'allocation pour demandeur d'asile (ADA).

La commission demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Même avis.

M. le président. Madame Goulet, l'amendement n° 16 rectifié est-il maintenu ?

Mme Nathalie Goulet. Oui, monsieur le président, car il s'agit de l'article L. 161-1-4 du code de la sécurité sociale, dans lequel il n'est pas du tout question de l'AME.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 16 rectifié.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 153 rectifié, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'article 16

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 161-31 est ainsi modifié :

a) À la deuxième phrase du premier alinéa, après le mot : « immatériel, », sont insérés les mots : « est sécurisé et » ;

b) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La délivrance de ce moyen d'identification électronique est subordonnée à la présentation d'une preuve de l'identité. Lorsque le moyen d'identification électronique est immatériel, cette preuve peut notamment être apportée par le moyen d'identification électronique mis en œuvre par le ministère de l'intérieur et l'administration chargée d'assurer ou de faire assurer la mise en œuvre de moyens d'identification électronique associée à la délivrance et à la gestion des titres sécurisés. » ;

2° Après le 7° du I de l'article L. 162-14-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ... Les conditions de modulation de la rémunération des professionnels de santé selon qu'ils acceptent ou non l'utilisation du moyen d'identification interrégimes immatériel mentionné à l'article L. 161-31 ; » .

II. – Au plus tard le 1^{er} juillet 2025, les organismes locaux d'assurance maladie mettent à disposition des assurés qui leur sont rattachés le moyen d'identification électronique interrégimes immatériel mentionné à l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale, sous la forme d'une application sécurisée à installer sur un équipement mobile.

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement a pour objet la sécurisation de la carte Vitale.

Le défaut de sécurisation des cartes Vitale est une source de fraude aux prestations sociales, dont le poids pèse sur la trajectoire financière de la branche maladie, particulièrement dégradée. Afin de garantir le versement à bon droit des prestations de l'assurance maladie, cet amendement vise à prévoir dans la loi que la carte Vitale doit être sécurisée, qu'elle soit matérielle ou immatérielle.

Pour ce faire, la délivrance de la carte devra être conditionnée à la présentation d'une preuve d'identité qui s'appuiera, pour l'application Carte Vitale, sur le dispositif France Identité numérique du ministère de l'intérieur.

Cet amendement vise également à encourager le déploiement de l'application mobile sécurisée Carte Vitale, aujourd'hui expérimentée dans vingt-trois départements, et qui devrait être étendue à l'ensemble du territoire à la fin de 2025. L'amendement prévoit d'ailleurs d'accélérer sa généralisation au 1^{er} juillet 2025.

Enfin, pour accompagner le déploiement rapide de l'application sécurisée, qui permettra de rendre le versement des prestations sociales plus sûr et d'améliorer le service rendu aux professionnels comme aux assurés, cet amendement vise

à prévoir des mécanismes de rémunération pour les professionnels qui ont mis à jour leur logiciel et qui acceptent l'utilisation de la carte Vitale dématérialisée.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Il est très important de sécuriser le plus possible les cartes Vitale. Toutefois, j'ai une réserve sur la date que vous envisagez pour la mise en œuvre de la généralisation de l'application mobile, à savoir juillet 2025. Je crains que le délai ne soit trop court, pour des raisons purement techniques et non par mauvaise volonté.

Le Gouvernement s'en remet néanmoins à la sagesse du Sénat sur cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 153 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 16.

L'amendement n° 348 rectifié, présenté par M. Iacovelli, Mmes Havet et Nadille, MM. Omar Oili et Buis, Mmes Ramia et Duranton, M. Lévrier, Mme Schillinger, M. Buval, Mme Cazebonne, M. Rohfritsch et Mme Lermytte, est ainsi libellé :

Après l'article 16

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa de l'article L. 161-36-3 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ce décret fixe également les conditions et les limites dans lesquelles le tiers payant peut être suspendu, à l'issue des contrôles adéquats, dès l'ouverture de la procédure de déconventionnement visée à l'article L. 162-15-1 du présent code. » ;

2° L'article L. 871-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Elles prévoient la suspension du mécanisme du tiers payant lorsque les organismes d'assurance maladie complémentaire sont informés par l'organisme local d'assurance maladie de la mise en œuvre de la procédure visée à l'article L. 114-9-1 pour des faits de nature à constituer une fraude et de l'ouverture d'une procédure de déconventionnement visé aux articles L. 162-15-1 et L. 162-32-3. »

La parole est à M. Xavier Iacovelli.

M. Xavier Iacovelli. Cet amendement s'inspire également du rapport d'information que Mme Carrère-Gée et moi avons rédigé. Il vise à renforcer la lutte contre la fraude en révisant les conditions du tiers payant des professionnels de santé condamnés pour fraude.

Actuellement, lorsqu'un professionnel de santé pratique le tiers payant, le remboursement par l'assurance maladie est garanti dans la limite d'un délai maximal. L'assurance maladie peut déroger à ce délai pour procéder aux contrôles adéquats si le professionnel de santé a été sanctionné ou condamné pour fraude au cours des deux dernières années.

Il est proposé de renforcer cette mesure en permettant à l'assurance maladie de suspendre le tiers payant dès l'ouverture de la procédure de déconventionnement ; à ce jour, le tiers payant est suspendu uniquement à compter de la date de déconventionnement du professionnel.

De même, le cahier des charges du contrat responsable prévoit l'obligation, pour les organismes complémentaires, de permettre à leurs assurés de bénéficier du tiers payant si le professionnel de santé le pratique. Par conséquent, même en ayant connaissance d'un comportement frauduleux, un organisme complémentaire est actuellement obligé de continuer de proposer le tiers payant jusqu'à la date de déconventionnement. Pendant ce laps de temps, le professionnel concerné peut continuer de bénéficier du tiers payant, alors même que sa fraude est avérée.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Il est nécessaire de renforcer l'arsenal juridique en matière de lutte contre la fraude, cela ne fait aucun doute ; je viens d'ailleurs de présenter un amendement en ce sens. Je comprends donc l'intention des auteurs de celui-ci.

Toutefois, lorsqu'une procédure de déconventionnement est ouverte, le professionnel de santé incriminé a droit à une procédure contradictoire et l'on ne peut pas l'écarter d'un revers de la main. Suspendre le tiers payant dès l'ouverture d'une procédure de déconventionnement poserait donc un problème.

La commission demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettrait un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Même avis.

M. Xavier Iacovelli. Je retire mon amendement !

M. le président. L'amendement n° 348 rectifié est retiré.

L'amendement n° 17 rectifié *bis*, présenté par Mme N. Goulet, MM. Canévet, Kern, Henno, Laugier, Longeot et S. Demilly, Mme Saint-Pé, M. Bitz, Mme Sologoub, MM. Bonneau et Lafon, Mme Perrot, MM. Levi et Delahaye, Mmes Jacquemet et O. Richard, MM. Pillefer, Menonville, Maurey et Courtial et Mme Antoine, est ainsi libellé :

Après l'article 16

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le I de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque le contrôle révèle une fraude manifeste, une procédure de déconventionnement provisoire peut être déclenchée. »

La parole est à Mme Nathalie Goulet.

Mme Nathalie Goulet. Cet amendement a également trait à la fraude des praticiens.

Nous proposons l'instauration, lorsqu'un contrôle révèle une fraude manifeste, d'une procédure de déconventionnement provisoire.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Votre amendement est satisfait, ma chère collègue : des procédures de déconventionnement, y compris en urgence, existent déjà et sont précisées dans les différentes conventions conclues.

S'ajoutent à cela les raisons que j'ai opposées précédemment à votre collègue.

Demande de retrait ou, à défaut, avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Même avis.

M. le président. Madame Goulet, l'amendement n° 17 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Nathalie Goulet. Vous savez combien je suis investie dans la lutte contre la fraude aux prestations sociales ; j'ai d'ailleurs remis un rapport à ce sujet à Édouard Philippe en 2019.

Il me semblerait donc intéressant de disposer d'un état des lieux des procédures engagées en matière de lutte contre la fraude des praticiens. En effet, la fraude dans le secteur médical représente presque 60 % du montant de la fraude et 30 % à 40 % du nombre de fraudeurs, car, nous le disions hier, les usagers ne sont pas les seuls à frauder, les praticiens le font aussi. Or les organismes hésitent à les sanctionner et même à les contrôler, pour des raisons diverses, y compris de démographie médicale. Un rapport, ou tout au moins un état des lieux des procédures en cours, serait donc utile.

Cela étant, je retire mon amendement, qui est effectivement satisfait.

M. le président. L'amendement n° 17 rectifié *bis* est retiré.

L'amendement n° 1332 rectifié, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Après l'article 16

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À l'article L. 123-2-1, les mots : « exerçant dans le service du contrôle médical » sont supprimés ;

2° Le 5° de l'article L. 221-1 est ainsi rédigé :

« 5° De définir les orientations mises en œuvre par les organismes de son réseau en matière de contrôle médical. Elle veille en outre au respect de l'indépendance technique des praticiens conseils exerçant dans son réseau ; » ;

3° Le dernier alinéa de l'article L. 224-7 est complété par les mots : « , des caisses primaires d'assurances maladie ou des caisses générales de sécurité sociale » ;

4° L'article L. 315-1 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du VIII, les mots : « à l'article L. 224-7 » sont remplacés par les mots : « au 5° de l'article L. 221-1 » ;

b) Est ajouté un IX ainsi rédigé :

« IX. – Au sens du présent code, est entendu par service du contrôle médical le ou les services au sein d'un organisme national ou local de sécurité sociale dans lesquels les personnels exercent les missions relevant du contrôle médical mentionné au I du présent article. »

II. – Le premier alinéa de l'article L. 2122-6-1 du code du travail est ainsi modifié :

1° Après le mot : « Pour », sont insérés les mots : « les praticiens exerçant dans les organismes dont l'activité principale est relative à la protection sociale agricole, » ;

2° Les mots : « à l'article L. 123-2 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 123-2 et L. 123-2-1 ».

III. – Au cours d'une période dont le terme ne peut excéder le 31 janvier 2027, la Caisse nationale de l'assurance maladie, les caisses primaires d'assurance maladie et les caisses générales de sécurité sociale préparent le transfert des contrats de travail des personnels administratifs et, le cas échéant, conformément à la nouvelle organisation du service du contrôle médical prévue par décret, des praticiens-conseils des échelons locaux et des directions régionales du service médical aux caisses primaires d'assurance maladie et aux caisses générales de sécurité sociale.

La Caisse nationale de l'assurance maladie identifie la caisse primaire d'assurance maladie ou la caisse générale de sécurité sociale dont le siège se situe dans la circonscription du lieu de travail des salariés de chaque échelon local du service médical et de chaque échelon régional du service médical vers laquelle doivent être transférés les contrats de travail ainsi que la date de réalisation du transfert pour chaque entité concernée.

Au plus tard le 31 janvier 2027, les contrats de travail des personnels administratifs et, le cas échéant, conformément à la nouvelle organisation du service du contrôle médical prévue par décret, des praticiens-conseils du service médical sont transférés de plein droit aux caisses primaires d'assurance maladie et aux caisses générales de sécurité sociale conformément au critère visé à l'alinéa précédent.

IV. – Avant la réalisation du transfert prévu au III pour chaque entité concernée, des négociations collectives sont engagées avec les organisations syndicales représentatives au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie en application de l'article L. 2121-1 du code du travail afin de conclure des accords anticipés de transition dans les conditions prévues à l'article L. 2261-14-2 du même code. Ces accords précisent les dispositions résultant du statut collectif en vigueur à la Caisse nationale de l'assurance maladie dont le bénéfice est maintenu aux salariés transférés, à l'exclusion des stipulations des accords applicables dans les organismes auxquels leurs contrats de travail sont transférés portant sur le même objet.

Ces accords sont conclus selon les modalités prévues aux articles L. 2232-12 à L. 2232-20 dudit code.

Ces accords s'appliquent à compter du transfert des salariés concernés et pour une durée déterminée maximale de 3 ans à compter du jour du transfert. Après cette date, les statuts collectifs respectifs des caisses primaires d'assurance maladie et des caisses générales de sécurité sociale s'appliquent intégralement et à titre exclusif aux salariés qui leur sont transférés.

À défaut d'accord avant leur transfert, l'article L. 2261-14 du même code est applicable.

M. le président. La parole est à Mme la ministre.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Cet amendement vise à réformer le service médical de l'assurance maladie. Il s'agit de tirer les conséquences du rapport de l'inspection générale des affaires sociales (Igas) sur l'organisation du

service du contrôle médical (SCM) de l'assurance maladie, qui pointe des difficultés dans le fonctionnement de ce service.

Nous proposons de mettre fin à la séparation entre les agents du service du contrôle médical et les agents des caisses primaires d'assurance maladie, sur le modèle de ce qui existe déjà, et qui fonctionne bien, au sein de la Mutualité sociale agricole (MSA). Cela permettra de renforcer les synergies et les coopérations internes à l'assurance maladie, pour améliorer la qualité des prestations et mieux accompagner les professionnels de santé.

Nous avons entendu les inquiétudes exprimées par les médecins-conseils sur cette réforme. J'ai veillé à ce que cette évolution préserve l'indépendance des médecins exerçant au sein de l'assurance maladie, en les plaçant sous l'autorité d'un directeur médical bénéficiant d'une indépendance totale. Cette précaution est essentielle pour garantir le respect du secret médical.

J'ai aussi demandé que l'on intègre une phase transitoire jusqu'en 2027, afin d'accompagner au mieux les évolutions des contrats de travail.

Je suivrai avec attention le respect de ces exigences.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Les dispositions de cet amendement conduiront à intégrer les agents du service du contrôle médical aux caisses primaires d'assurance maladie, de manière progressive, sur deux années. Vous avez sans doute été sollicités, mes chers collègues, au sujet de cette mesure, qui a suscité chez les professionnels de santé de nombreuses craintes quant à l'indépendance du contrôle médical.

La commission ne les ignore pas, mais la Cnam a prévu un certain nombre de mesures destinées à garantir le respect de l'indépendance technique des médecins-conseils, qui constitue une obligation déontologique, il est important de le rappeler.

Ainsi, le projet de réforme prévoit notamment la création d'un comité de suivi du secret médical et de l'indépendance technique des praticiens-conseils, chargé de veiller au respect de ces principes déontologiques.

La Cnam souligne surtout les effets attendus de la réforme, qui devrait améliorer l'efficacité des contrôles, permettre un gain d'efficacité et améliorer la qualité du traitement de certaines prestations, notamment en offrant un interlocuteur unique aux assurés.

Pour l'ensemble de ces raisons, la commission a émis un avis favorable sur cet amendement.

M. le président. La parole est à Mme Marion Canalès, pour explication de vote.

Mme Marion Canalès. Je souhaite rappeler le contexte dans lequel s'inscrit cet amendement.

En effet, si les arguments que Mme la rapporteure vient d'exposer semblent le justifier sur le fond, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a rejeté cet amendement au motif qu'il s'agissait d'un cavalier législatif ; c'est une question de méthode. Le Gouvernement l'a alors réintroduit en séance et il a de nouveau été rejeté.

Contrairement à celle de l'Assemblée nationale, la commission des affaires sociales du Sénat l'a jugé recevable, de sorte que nous débattons à présent d'un projet de réforme introduit par le Gouvernement, par le biais d'un amendement à son propre projet de loi.

Comme vous l'avez dit, madame la rapporteure, l'enjeu est celui de l'indépendance du contrôle médical. Les ordonnances de 1945 avaient rattaché à la Cnam le service du contrôle médical de l'assurance maladie, qui est une structure indépendante. Il me semble que toucher à ces ordonnances n'a rien d'anodin.

Sous prétexte de simplification ou de facilité, ce projet de réforme ne cache-t-il pas d'autres travers ? C'est un bouleversement important qui sera opéré et nous avons en effet tous été sollicités sur ce sujet. La mesure a-t-elle été suffisamment travaillée pour être bien acceptée ? Je ne le crois pas.

Madame la rapporteure, malgré les précautions que vous avez rappelées, nous considérons qu'il y a un risque pour que l'indépendance des médecins-conseils ne soit pas garantie. C'est la raison pour laquelle les élus du groupe SER restent très réservés sur l'amendement du Gouvernement.

M. le président. La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly, pour explication de vote.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Depuis plusieurs mois, nous sommes nombreux, sur ces travées, à avoir reçu des messages d'alerte, notamment de la part des salariés du service du contrôle médical, pour nous mettre en garde non seulement contre la casse du cadre de travail de ce service, mais aussi contre la casse du contrôle indépendant par les médecins-conseils, qui est un outil que la Cnam met au service de ses usagers.

Je ne reviendrai pas sur l'appel à la grève de l'intersyndicale, lancé le 7 octobre dernier, c'est-à-dire une semaine avant la présentation en conseil des ministres du PLFSS et plus de trois semaines avant l'examen du texte à l'Assemblée nationale. La méthode du Gouvernement est donc discutable et révèle, de notre point de vue, la volonté de contourner le travail des chambres législatives en soustrayant de l'étude initiale du texte une disposition dont l'importance est pourtant évidente.

Ce projet de réforme prévoit l'intégration du SCM au sein des caisses primaires d'assurance maladie, sur le fondement de l'un des quatre scénarios figurant dans le rapport de l'Igas de mai 2024. Pourtant, dans ce même rapport, l'Igas pointait déjà du doigt certains problèmes liés au pilotage de ce service par la Cnam, notamment un manque de lisibilité, des difficultés en matière de gestion des ressources humaines ou bien encore un management obsolète.

Ainsi, si ce projet aboutissait, les conséquences pourraient être désastreuses pour les assurés sociaux, pour l'offre de soins des professionnels de santé et des établissements de santé, ainsi que pour les 7 200 salariés du service de contrôle médical.

En tant que service déconcentré de la Cnam, le SCM garantit actuellement des décisions médicales indépendantes de toute logique administrative et financière.

Pour toutes ces raisons, les élus du groupe CRCE-K voteront contre cet amendement.

M. le président. La parole est à Mme Nadia Sollogoub, pour explication de vote.

Mme Nadia Sollogoub. Il est assez rare que je partage les idées de mes collègues de la gauche de l'hémicycle, mais, sur ce sujet, je suis tout comme eux réservée et inquiète. La raison n'en est pas que j'aie été sursollicitée par les salariés de ces organismes, mais mon expérience d'élue locale m'a prouvé qu'il pouvait y avoir de fausses bonnes idées dans les réorganisations. Il arrive ainsi que des mesures d'économie prises dans la précipitation se révèlent dans la durée de mauvais choix : on en fait alors lourdement les frais et le retour en arrière n'est plus possible.

Je voterai également contre cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Un point me semble faire l'objet d'un consensus sur toutes les travées : l'indépendance professionnelle des médecins-conseils doit être absolument respectée. Sur ce sujet, je considère, quant à moi, que les garanties apportées sont satisfaisantes.

Mais la question est aussi de savoir ce qui justifie que cette réforme soit inscrite dans la loi. Je ne vois qu'un seul argument qui vaille : le statut actuel des médecins-conseils prévoit qu'ils sont employés par la Cnam ; or la réforme ferait qu'ils seraient employés par les CPAM et non plus directement par la Cnam. Cela dit, la Cnam pourrait détacher ces médecins vers les CPAM et il ne serait alors plus nécessaire de faire appel à la loi.

Pour autant, la réforme a des aspects intéressants et j'observe, après avoir échangé avec les différentes organisations syndicales, qu'il existe des points de vue divergents sur le sujet. Si certaines d'entre elles s'opposent effectivement à la réforme, d'autres estiment que le transfert de ces médecins vers les CPAM leur permettra de développer un travail populationnel, plus directement connecté aux enjeux de santé des assurés sociaux, donc de gagner en qualité de travail.

Je ne me fais pas juge de la question, mais on s'est une nouvelle fois tourné vers les parlementaires pour qu'ils statuent sur une réforme, qui est celle de l'organisation du travail de la Cnam. Nous sommes certes garants de grands principes, comme celui de l'indépendance professionnelle des médecins, mais il n'y a là aucune raison de s'opposer à cette réforme.

Vous l'aurez compris, mes chers collègues, j'éprouve un certain embarras, car il est également vrai que le Gouvernement aurait pu procéder autrement qu'au détour d'un amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale, un procédé qui a notamment pour effet de faire dire au président de la commission des affaires sociales que nos débats s'éternisent, ce en quoi il n'a pas tout à fait tort, du moins sur ce sujet précis.

Personnellement, je m'abstiendrai sur cet amendement.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Conconne, pour explication de vote.

Mme Catherine Conconne. Notre collègue a raison de parler de fausse bonne idée : on va, à mon sens, beaucoup trop vite, car cette réforme va semer un désordre certain dans les caisses.

Je prends l'exemple de la caisse générale de sécurité sociale (CGSS) de Martinique : cette dernière vient d'être épinglée lourdement, pour ne pas dire « crucifiée », par la Cour des

comptes, dans un rapport qui l'accable, à tous les niveaux, y compris organisationnel ; je vous invite vivement à lire ce document !

Or on décide aujourd'hui de transférer le personnel du service du contrôle médical, au milieu de ce chaos pas possible, avec, de surcroît, pour ce qui est de la CGSS de Martinique, la perspective annoncée dans quelques mois du départ à la retraite de son directeur, dont le remplacement n'est pas prévu à court terme.

On crée donc de la confusion et l'on ajoute du désordre au désordre dans un territoire où, je le rappelle, les professionnels de santé sont déjà confrontés aux maladies liées au tristement célèbre chlordécone.

Soyons raisonnables : il est préférable d'aller moins vite, de temporiser et d'ajourner cette réforme. Il n'y a pas le feu ! Ce ne sont pas les quelques petits millions d'euros économisés ici et là qui changeront la face du monde en la matière.

Je voterai contre cet amendement.

M. le président. La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge, pour explication de vote.

Mme Raymonde Poncet Monge. Madame la rapporteure, vous voulez en quelque sorte apaiser les craintes en précisant que sera créé un comité de suivi chargé de veiller au respect des principes déontologiques, notamment de l'indépendance des médecins-conseils.

Dans ce cas, peut-être serait-il utile que vous précisiez que cette réforme comporte des risques. Si, par construction, il n'y avait aucun risque, si les médecins-conseils qui s'y opposent ne faisaient qu'éprouver une peur injustifiée et irrationnelle, on n'aurait pas à mettre en place un tel comité de suivi. Donc, dites-le, il y a bel et bien un risque, et toutes les précautions qui sont prises n'ont d'autre but que de le mitiger.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1332 rectifié.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe Les Républicains.

Je rappelle que l'avis de la commission est favorable, de même que celui du Gouvernement.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

M. le président. Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à constater le résultat du scrutin.

(Mmes et MM. les secrétaires constatent le résultat du scrutin.)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 69 :

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

Le Sénat a adopté.

En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 16.

L'amendement n° 151, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'article 16

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après l'article L.162-1-13, il est inséré un article L.162-1-13-1 ainsi rédigé :

« *Art. L.162-1-13-1.* – Un décret en Conseil d'État fixe les conditions dans lesquelles, en cas de rendez-vous non honoré auprès d'un professionnel de santé en ville, il est mis à la charge de l'assuré social une somme forfaitaire définie par décret.

« La somme mentionnée au premier alinéa peut être payée directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie, prélevée sur le compte bancaire de l'assuré après autorisation de ce dernier ou récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir. » ;

2° Après le 1° du I de l'article L.162-14-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ... Les modalités et les conditions d'indemnisation du professionnel de santé au titre d'un rendez-vous non honoré par l'assuré social pour lequel l'assurance maladie a mis une somme forfaitaire à la charge de l'assuré dans les conditions prévues à l'article L.162-1-13-1 ; ».

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Mes chers collègues, je vous propose une mesure dont vous avez déjà entendu parler, puisqu'il s'agit de l'instauration d'une taxe dite « lapin », afin de sanctionner les consultations non honorées. Vous reconnaîtrez là le souci de constance de la commission.

Je n'ignore pas les difficultés de mise en œuvre d'une telle disposition. Pour autant, depuis qu'un amendement similaire a été débattu l'an passé, nous observons plus d'efforts de la Cnam en matière de pédagogie. Ainsi, celle-ci a diffusé un petit spot – je ne sais pas si certains d'entre vous l'ont vu –, qui montre notamment une salle de consultation dans laquelle se trouve un petit lapin assis sur une chaise. J'ignore si c'est ce spot qui en est responsable, mais, en attendant, le nombre de rendez-vous non honorés est en diminution.

Le précédent Premier ministre avait repris cette idée de taxe au printemps dernier, après que vos prédécesseurs, madame la ministre, avaient indiqué qu'ils y étaient défavorables. Le temps médical étant précieux, il faut, à notre sens, continuer de faire de la pédagogie : aussi la commission vous propose de nouveau la mise en œuvre de cette « taxe lapin ».

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Bien sûr, nous voulons tous lutter contre les rendez-vous non honorés, les fameux « lapins » – surtout qu'il y en a parfois une ribambelle –, et apporter une solution efficace à ce problème. Il faut que l'attention des patients soit attirée sur ce point et qu'ils aient le réflexe de prévenir et d'annuler leur venue.

Cela étant, madame la rapporteure, votre amendement soulève deux difficultés.

En premier lieu, son dispositif prévoit que l'assurance maladie joue un rôle actif, ce qui suppose que celle-ci soit en mesure de savoir si les rendez-vous ont été honorés ou non. Or tel n'est pas le cas. La Cnam n'a aucune information à ce sujet : les agents des organismes d'assurance maladie ne sont pas dans les cabinets médicaux et, par conséquent, ne savent rien.

En second lieu, les patients risqueraient d'être arbitrairement pénalisés, pour certains, ou d'être encouragés à frauder, pour d'autres.

Pour traiter ce problème des rendez-vous non honorés, nous envisageons actuellement d'autres scénarios, qui permettraient de modifier la relation médecin-patient, sans pour autant faire reposer le dispositif sur la Cnam, notamment parce que, je l'ai souligné, elle ne dispose pas des informations nécessaires pour remplir cette mission.

Même si je suis particulièrement vigilante sur ce point et que je m'engage à agir dans ce domaine, comme s'y était engagé Gabriel Attal, je vous demande, madame la rapporteure, de bien vouloir retirer votre amendement ; à défaut, j'y serai défavorable.

M. le président. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Vous ne serez pas étonnée, madame la rapporteure, que je vous dise que cet amendement est une très mauvaise idée, en partie pour les raisons que la ministre vient d'exposer.

J'ajoute qu'il n'existe pas de consensus sur l'ampleur du phénomène des rendez-vous non honorés. La plateforme médicale la plus utilisée dans notre pays a publié, il n'y a pas si longtemps, des données qui montrent que le nombre réel de « lapins » est loin d'être aussi élevé que ce que certains ont avancé, puisqu'il se situerait, en médecine générale par exemple, autour de 3 % du total des rendez-vous répertoriés. Autrement dit, sur trente personnes ayant pris rendez-vous chez un professionnel de santé, un jour donné, cela signifie qu'en moyenne une seule ne vient pas. Ce n'est évidemment pas un problème du tout.

Par ailleurs, je m'interroge sur cette volonté de taxer à tout prix les patients qui ne se présentent pas. Soit ce problème est à mettre au compte d'un problème de comportement et, dans ce cas, cela doit se régler autrement que par une taxe – nous sommes tous bien d'accord dans cet hémicycle sur cette nécessité –, soit il s'agit de sanctionner des comportements à répétition, une forme d'irrespect, ce qui peut se faire notamment *via* les outils informatiques dont disposent les médecins.

Cet entêtement à faire voter une « taxe lapin », à vouloir prendre 1 ou 2 euros aux assurés sociaux, parce qu'ils ont manqué un rendez-vous, contribuera à vous faire rater votre cible, et à sanctionner des personnes qui ne sont en fait coupables que d'avoir oublié, ce qui peut arriver à tout le monde. Sans compter que cette mesure s'ajoute à la hausse d'un euro de la participation forfaitaire – elle sera dorénavant de 2 euros – pour chaque consultation.

Enfin, je le répète, il est faux que ce dispositif permette d'accroître l'offre médicale. Non, non et non ! Il ne changera rien à la situation, car il n'est pas si simple qu'on le dit de substituer un nouveau patient à un patient qui aurait prévenu dans les temps de son absence.

Cette « taxe lapin » est inutile : elle ratera complètement sa cible et pèsera sur les assurés sociaux.

M. le président. La parole est à Mme Céline Brulin, pour explication de vote.

Mme Céline Brulin. Je considère que les patients qui n'honorent pas leur rendez-vous ont un comportement qui, sauf imprévu majeur, évidemment, doit être interprété comme un manque de respect. Je condamne donc cette pratique.

Pour autant, proposer cette « taxe lapin » en donnant l'illusion qu'elle permettra de dégager du temps médical et de contribuer à la résorption de nos déserts médicaux, c'est tout de même un peu tiré par les cheveux !

Comme l'a dit notre collègue, je me souviens que, lors de leur audition, les dirigeants de l'une des plateformes médicales nous avaient indiqué que ces « lapins » représentaient environ 3 % à 4 % du nombre total des rendez-vous ; il s'agit sans doute de 3 % ou 4 % de trop, mais voilà ce dont nous discutons.

Je ne veux pas que ce genre – je le dis avec mes mots – de « gadget », parce que, pour moi, cette taxe en est un, se substitue à des mesures qui devraient, selon nous, être mises en œuvre, comme celles qui permettraient de réguler l'installation des médecins dans les territoires.

Il serait intéressant, à cet égard, que l'on réalise une cartographie des « lapins » sur l'ensemble du territoire. Intuitivement, même si cela mériterait d'être confirmé par une étude, je me dis que, lorsqu'on a un médecin traitant, un médecin de famille, comme l'on disait autrefois, qui nous suit régulièrement, on a moins tendance à lui poser un lapin, parce qu'on sait que, la fois suivante, il va sûrement nous remonter les bretelles !

À l'inverse, les patients qui n'ont pas de médecin attitré, qui sont contraints d'aller tantôt chez un patricien, tantôt chez un autre, selon les disponibilités des uns et des autres, ont plus tendance à adopter des comportements – qu'encore une fois je condamne – que l'on peut analyser comme un manque de respect.

M. le président. La parole est à M. Olivier Henno, pour explication de vote.

M. Olivier Henno. Au fond, chaque fois qu'est proposée une mesure de régulation ou de maîtrise des dépenses, on trouve de bons arguments pour la repousser.

Selon moi, cette maîtrise des dépenses doit devenir une obsession, de même qu'il faut garder en tête que l'autorégulation ne fonctionne pas toujours, voire ne fonctionne pas du tout. Chacun sait bien que certains patients abusent. Et pourtant, c'est tellement facile d'annuler un rendez-vous et, demain, de ne pas être redevable de cette « taxe lapin » !

En somme, voter cette taxe, c'est simplement exprimer sa volonté de réguler le système : c'est la raison pour laquelle nous voterons cet amendement.

M. le président. La parole est à M. le président de la commission des affaires sociales.

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Ce débat n'est pas nouveau, car, comme l'a dit la rapporteure, des amendements analogues à celui-ci sont discutés chaque année à l'occasion du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Nous sommes tous conscients que l'enjeu du temps médical est essentiel, et qu'il est réellement nécessaire de responsabiliser les assurés qui sont amenés à ne pas honorer leur rendez-vous.

Jusqu'à présent, le Sénat a chaque fois voté en faveur de cette taxe, mais cette dernière n'a jamais passé le cap de la commission mixte paritaire. En revanche, l'adoption de cette mesure au Sénat a eu des vertus pédagogiques extraordinaires. À la suite du dernier débat à ce sujet, la Cnam a ainsi mené des opérations de communication pour sensibiliser les différents acteurs. De nouvelles initiatives ont été prises pour renouer les liens entre les professionnels de santé et les assurés. Je trouve que, rien que pour cela, cette disposition est intéressante.

En ce qui concerne le dispositif à proprement parler, qu'il s'agisse d'une taxe ou d'autre chose importe peu ; ce que nous voulons, c'est regagner du temps médical. À titre personnel, je suis plutôt favorable à ce que nous allions au bout de la logique et que nous soyons cohérents, d'autant plus que chaque fois – je ne sais pas si c'est dû à la manière dont cette taxe a été baptisée – nos débats ont été repris dans les médias. C'est la preuve qu'il s'agit d'un problème essentiel pour l'ensemble de l'organisation de notre système de soins.

Ne serait-ce que parce qu'il a cette vertu, mes chers collègues, je vous invite à voter cet amendement. *(Très bien ! sur des travées des groupes Les Républicains et UC.)*

M. le président. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour explication de vote.

Mme Émilienne Poumirol. On peut en effet s'offusquer de ces rendez-vous manqués, mais, comme cela a été rappelé par mes collègues, les « lapins » ne représentent qu'environ 3 % du nombre total des rendez-vous enregistrés. Cette taxe ne permettra donc de dégager aucune économie pour la Cnam – c'est M. Henno qui parlait à l'instant de maîtrise des dépenses – ni aucun temps médical supplémentaire.

Par ailleurs, une telle mesure n'est pas voulue par les syndicats médicaux eux-mêmes, y compris un syndicat un peu particulier qui va jusqu'à se déclarer en faveur du déconventionnement, et ne résout en rien le problème des déserts médicaux.

Je ne vois vraiment pas l'intérêt de cette « taxe lapin » ; nous voterons contre.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Rossignol, pour explication de vote.

Mme Laurence Rossignol. Après avoir étudié plus précisément le dispositif imaginé par la commission, je m'étonne que cet amendement n'ait pas été déclaré irrecevable au titre de l'article 40 de la Constitution.

En effet, vous prévoyez que la Cnam se charge de recouvrer les sommes en question, ce qui aura incontestablement pour effet d'accroître la charge de travail de son personnel et, donc, d'entraîner une hausse du nombre d'équivalents temps plein (ETP) dans les caisses primaires d'assurance maladie.

Mme Raymonde Poncet Monge. Tout à fait, du temps administratif supplémentaire !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 151.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Je rappelle que l'avis de la commission est favorable et que celui du Gouvernement est défavorable.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

M. le président. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à constater le résultat du scrutin.

(Mmes et MM. les secrétaires constatent le résultat du scrutin.)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 70 :

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

Le Sénat a adopté.

En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 16.

L'amendement n° 152 rectifié, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'article 16

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le I de l'article L. 162-14-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« ... Les conditions de modulation de la rémunération des professionnels de santé en fonction de la consultation et du renseignement du dossier médical partagé mentionné à l'article L. 1111-14 du code de la santé publique, dans les conditions mentionnées à l'article L. 1111-15 du même code. » ;

2° Après les mots : « de la dialyse à domicile », la fin du deuxième alinéa du III de l'article L. 162-23-15 est ainsi rédigée : « , le développement du numérique, la consultation et le renseignement des dossiers médicaux partagés des patients figurent parmi ces indicateurs. »

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement vise à favoriser l'utilisation du dossier médical partagé, en ville comme à l'hôpital.

En premier lieu, le dispositif prévoit qu'en ville les conventions professionnelles conclues avec l'assurance maladie peuvent fixer les conditions de modulation de la rémunération des professionnels de santé en fonction de la consultation et du renseignement du dossier médical partagé. Les partenaires conventionnels sont d'ores et déjà sensibilisés à cet enjeu dans le cadre de la convention médicale de 2024. Par exemple, les médecins se sont engagés à consulter le DMP avant toute demande d'imagerie, afin de limiter les actes redondants.

En second lieu, il ajoute, parmi les critères sur lesquels repose l'incitation financière à l'amélioration de la qualité dont bénéficient les établissements de santé, le développement du numérique, la consultation et le renseignement du DMP des patients.

M. le président. Le sous-amendement n° 373 rectifié, présenté par MM. Vanlerenberghe et Henno, est ainsi libellé :

Amendement n° 152

I. – Alinéa 5

Après les mots :

de la rémunération

insérer les mots :

et de sanction

II. – Compléter cet amendement par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Après le premier alinéa de l'article L. 1111-15 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les manquements aux obligations prévues au précédent alinéa, à l'exception de l'obligation de versement périodique d'une synthèse, sont passibles d'une pénalité prononcée et recouvrée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie. Cette pénalité ne peut excéder 3 000 € pour une personne physique et 15 000 € pour une personne morale. »

La parole est à M. Olivier Henno.

M. Olivier Henno. Il s'agit du premier des trois sous-amendements que je cosigne avec Jean-Marie Vanlerenberghe, lequel est souvent intervenu dans cet hémicycle sur la question de la redondance des soins et, plus particulièrement, celle du dossier médical partagé, dont la création remonte maintenant à quinze ans et dont on parle pratiquement à chaque projet de loi de financement de la sécurité sociale, au point de considérer, parfois, qu'il constituerait le meilleur moyen de lutter, par le biais de la contrainte, contre cette redondance.

Ce sous-amendement vise à instituer une sanction financière dont le montant pourrait atteindre jusqu'à 3 000 euros pour toute personne privée qui résisterait à la mise en place du DMP.

M. le président. Le sous-amendement n° 1366 rectifié *ter*, présenté par MM. Vanlerenberghe et Henno et Mmes Guidez, Romagny, Sollogoub et Devésa, est ainsi libellé :

Amendement, n° 152, alinéa 5

Après les mots :

la rémunération

insérer les mots :

, à la hausse ou à la baisse,

La parole est à M. Olivier Henno.

M. Olivier Henno. Ce deuxième sous-amendement tend, lui, à prévoir que la rémunération du praticien puisse évoluer à la baisse en cas de non-consultation et d'absence de renseignement du DMP.

M. le président. Le sous-amendement n° 372 rectifié, présenté par MM. Vanlerenberghe et Henno, est ainsi libellé :

Amendement n° 152, alinéa 5

Compléter cet alinéa par trois phrases ainsi rédigées :

Dans le cas d'une minoration de rémunération sur une période continue d'au moins six mois, le professionnel de santé peut faire l'objet d'un avertissement ou d'une pénalité prononcés par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité des faits reprochés, soit proportionnellement aux tarifs des actes concernés dans la limite de 70 % de ceux-ci, soit forfaitairement. Les conditions d'application du présent alinéa sont fixées par décret.

La parole est à M. Olivier Henno.

M. Olivier Henno. Ce troisième et dernier sous-amendement a pour objet de prévoir que le montant de l'éventuelle pénalité appliquée au professionnel de santé puisse atteindre jusqu'à 70 % du montant des actes inutiles ou redondants dont il serait responsable.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. L'ajout de sanctions ou de pénalités conventionnelles risquerait d'envoyer un signal de défiance aux professionnels de santé.

J'ajoute que certains logiciels ne permettent pas encore d'accéder facilement au dossier médical partagé et de l'alimenter aisément. Comme le soulignait tout à l'heure notre collègue Bernard Jomier, il faudra qu'à un moment donné la consultation du DMP fasse apparaître en priorité les derniers actes demandés et réalisés si l'on veut que celui-ci devienne réellement pertinent et que le praticien ne prescrive plus d'actes redondants.

Aussi, l'idée qui sous-tend les deux sous-amendements n° 373 rectifié et 372 rectifié pourrait être applicable dans quelques années, quand tout fonctionnera bien, mais, pour l'heure, elle ne me semble pas opportune. Je vous demande, mon cher collègue, de bien vouloir les retirer ; à défaut, j'y serai défavorable.

En revanche, j'émetts un avis favorable sur le sous-amendement n° 1366 rectifié *ter*.

M. Olivier Henno. Je retire mes sous-amendements n° 373 rectifié et 372 rectifié !

M. le président. Les amendements n° 373 rectifié et 372 rectifié sont retirés.

Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 152 rectifié et le sous-amendement n° 1366 rectifié *ter* ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. D'abord, je suis satisfaite de constater que le chantier du dossier médical partagé avance enfin dans notre pays, conséquence des moyens importants qui ont été dégagés en faveur des services informatiques du ministère, pour réussir la mise en place de Mon espace santé et, surtout, déployer la tuyauterie permettant à chaque professionnel de santé d'utiliser facilement cet espace.

Ce travail a été mené en lien avec tous les producteurs de logiciels et l'ensemble des acteurs, que ce soit les médecins libéraux ou les praticiens hospitaliers, de sorte que la collecte

des données puisse se dérouler de manière efficace. Environ 16 millions de comptes sont activés aujourd'hui, et ce chiffre augmente rapidement.

Une fois que j'ai dit cela, on voit bien qu'il reste encore beaucoup de travail à faire. Tous les assurés n'ont pas créé ou activé leur compte.

Il est nécessaire de continuer à encourager cette initiative, et c'est pourquoi je suis totalement favorable à votre amendement n° 152 rectifié, madame la rapporteure. Il vise en effet à favoriser l'utilisation et le renseignement du dossier médical partagé, en ville comme à l'hôpital, *via* les conventions professionnelles pour les médecins libéraux, ou les dispositifs de financement à la qualité pour l'hôpital. Aujourd'hui, parce que, j'y insiste, le travail a été fait, les conditions sont réunies pour avancer sur le sujet.

Sur le sous-amendement n° 1366 rectifié *ter*, je m'en remets à la sagesse du Sénat. Il a pour objet de moduler la rémunération des professionnels de santé selon qu'ils recourent correctement ou non au DMP, tout en laissant le soin au champ conventionnel de déterminer l'ampleur de cette modulation, ce qui est, bien sûr, indispensable.

M. le président. Je mets aux voix le sous-amendement n° 1366 rectifié *ter*.

(Le sous-amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 152 rectifié, modifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 16.

Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 426 rectifié est présenté par M. Milon, Mme Aeschlimann, M. Somon, Mme M. Mercier, M. Sol, Mmes Lassarade et Micouleau, M. Khalifé, Mmes Malet et Petrus, M. J.B. Blanc et Mme Jacques.

L'amendement n° 1195 rectifié *quater* est présenté par M. Chaize, Mmes Puissat et Lavarde, MM. Daubresse, Anglars et Mandelli, Mme Gosselin, MM. Bouchet, Brisson, Panunzi, Karoutchi, Bruyen, Sautarel, Pointereau, Genet et C. Vial, Mme Dumont, MM. Belin, Sido, Chatillon, Lefèvre et Tabarot, Mmes Belrhiti et Joseph et MM. E. Blanc et Gremillet.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 16

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le deuxième alinéa de l'article L. 1111-15 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le dossier médical partagé comporte l'ensemble des informations obtenues et des actes réalisés au titre des délégations de compétences médicales ».

La parole est à M. Alain Milon, pour présenter l'amendement n° 426 rectifié.

M. Alain Milon. Le présent amendement vise à prévoir que les professionnels de santé agissant par délégation de compétences alimentent systématiquement le dossier médical partagé.

M. le président. La parole est à Mme Frédérique Puissat, pour présenter l'amendement n° 1195 rectifié *quater*.

Mme Frédérique Puissat. Il est défendu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Mes chers collègues, je comprends bien l'esprit de vos deux amendements, mais le dispositif nous semble peu opérationnel.

La loi prévoit déjà l'obligation de verser dans le DMP l'ensemble des éléments de diagnostic et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge, ce qui inclut les actes réalisés au titre des délégations de compétences. Certaines professions, notamment paramédicales, ont encore un accès très imparfait au dossier médical partagé et les logiciels métiers se révèlent très inégaux en la matière.

Pour ces raisons, je vous demande de bien vouloir retirer vos amendements ; à défaut, j'y serai défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 426 rectifié et 1195 rectifié *quater*.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. L'amendement n° 200, présenté par MM. Hochart, Szczurek et Durox, est ainsi libellé :

Après l'article 16

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 4081-2 du code de la santé publique est complété par huit alinéas ainsi rédigés :

« ... Les actes de téléconsultation ne peuvent être réalisés dans les entreprises exerçant une activité commerciale visée aux numéros de la nomenclature d'activités françaises précisée ci-après :

« – Les commerces d'alimentation générale, code NAF 47.11B ;

« – Les supérettes, code NAF 47.11C ;

« – Les supermarchés, code NAF 47.11D ;

« – Les magasins multi-commerces, code NAF 47.11E ;

« – Les hypermarchés, code NAF 47.11F ;

« – Les autres commerces de détail en magasin non spécialisé, code NAF 47.19B ;

« – Les services auxiliaires des transports terrestres, code NAF 5221Z. »

La parole est à M. Joshua Hochart.

M. Joshua Hochart. Cet amendement a pour objet de réguler l'implantation des dispositifs de téléconsultation, en excluant spécifiquement les lieux commerciaux tels que les supermarchés, supérettes et gares.

Bien que la téléconsultation ait permis une avancée significative dans l'accès aux soins, en particulier pendant la crise sanitaire que nous avons vécue, il est essentiel de veiller à ce que ces services se déploient dans des conditions respectueuses des normes de sécurité et de confidentialité.

En effet, l'installation de bornes ou de cabines dans des lieux très fréquentés, où l'entretien et la surveillance peuvent être insuffisants, les expose à des risques de vandalisme, de dégradation et de vol, ce qui compromet la qualité du service médical rendu.

De plus, la confidentialité des patients, qui est un principe fondamental de la pratique médicale, ne peut être garantie dans des espaces publics tels que les centres commerciaux et les gares. Dans ces lieux, des tiers non autorisés pourraient écouter les échanges entre le médecin et le patient, ce qui constitue une violation grave du secret médical.

L'exclusion de ces lieux commerciaux constitue donc une mesure nécessaire pour protéger la vie privée des patients et garantir des consultations dans un cadre sécurisé.

Enfin, la question de l'hygiène et de la salubrité est tout aussi importante. Les dispositifs de téléconsultation, s'ils sont installés dans des espaces publics, peuvent devenir des foyers de germes et de bactéries, notamment si leur entretien n'est pas rigoureux. Dans un contexte sanitaire toujours préoccupant, il est impératif de garantir que ces équipements ne deviennent pas un facteur de transmission de maladies contagieuses.

Par cet amendement, nous cherchons à encadrer et sécuriser le développement de la téléconsultation, et à faire appliquer les normes d'hygiène, de sécurité et de confidentialité essentielles pour une pratique médicale de qualité.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Nous sommes tous d'accord qu'il est indispensable que la téléconsultation soit mieux encadrée. C'est d'ailleurs à ce titre que la commission a demandé à la Cour des comptes un rapport sur la télémédecine.

En attendant d'en connaître les recommandations, sur le fondement desquelles nous pourrions travailler, la commission a émis un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Même avis.

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, pour explication de vote.

M. Alain Milon. Il est risqué d'attendre que la Cour des comptes remette son rapport, parce que ce dernier ne sera probablement disponible que dans un an et que, d'ici là, les dispositifs de téléconsultation auront eu le temps de s'installer un peu partout.

Personnellement, je pense que notre collègue a raison : je voterai donc son amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 200.

(L'amendement n'est pas adopté.)

4

MISE AU POINT AU SUJET D'UN VOTE

M. le président. La parole est à M. Henri Cabanel.

M. Henri Cabanel. Lors du scrutin n° 66, sur l'ensemble de la deuxième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, je souhaitais voter contre.

M. le président. Acte vous est donné de cette mise au point, mon cher collègue. Elle figurera dans l'analyse politique du scrutin.

Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à quatorze heures trente.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à treize heures, est reprise à quatorze heures trente, sous la présidence de M. Dominique Théophile.)

PRÉSIDENCE DE M. DOMINIQUE THÉOPHILE vice-président

M. le président. La séance est reprise.

5

MISE AU POINT AU SUJET DE VOTES

M. le président. La parole est à Mme Solanges Nadille.

Mme Solanges Nadille. Lors du scrutin public n° 70, sur l'amendement n° 151 présenté par Mme Corinne Imbert au nom de la commission des affaires sociales, les autres membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants souhaitaient voter pour. Je maintiens, en revanche, mon vote contre.

M. le président. Acte est donné de cette mise au point, ma chère collègue. Elle figurera dans l'analyse politique du scrutin.

6

FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2025

SUITE DE LA DISCUSSION D'UN PROJET DE LOI

M. le président. Nous reprenons la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

Dans la discussion des articles, nous en sommes parvenus à l'amendement n° 7 rectifié *bis* tendant à insérer un article additionnel après l'article 16.

Après l'article 16 (suite)

L'amendement n° 7 rectifié *bis*, présenté par Mmes Petrus, Jacques, Malet et Aeschlimann, MM. Milon et Khalifé, Mme Belrhiti et MM. Bruyen, Somon, E. Blanc, Houpert, Duplomb, C. Vial et Olivier, est ainsi libellé :

Après l'article 16

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La première phrase du troisième alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique est ainsi rédigée : « Un acte de télémédecine ne peut donner lieu à la prescription ou au renouvellement d'un arrêt de travail. »

La parole est à Mme Annick Petrus.

Mme Annick Petrus. Monsieur le président, madame la ministre, mes chers collègues, depuis un temps certain, on parle d'économies pour préserver notre système de santé, c'est-à-dire la sécurité sociale. Cela a été compris par le contribuable, qui joue assez facilement le jeu.

Cependant, l'effort doit être porté par tout le monde et nous ne devons pas négliger la fraude. Près de 8 millions d'euros : tel est le coût de la fraude aux arrêts maladie. Si la

télémedecine a indéniablement facilité l'accès aux soins, elle a aussi permis des dérives, notamment avec des prescriptions d'arrêts de travail abusifs. Ces arrêts de complaisance, trop souvent obtenus sans réel besoin, représentent un coût significatif pour la société et grèvent le budget de l'État et de la sécurité sociale.

Mon amendement tend donc à interdire tout acte de prescription ou de renouvellement d'arrêt de travail en téléconsultation, quelle que soit sa durée. Seul un examen face à face garantit une évaluation objective de la situation médicale. Cette mesure a pour objet de lutter contre les abus, d'assurer une distribution équitable des soins et de protéger les finances publiques en respectant les contraintes budgétaires actuelles, tout en maintenant la qualité des soins.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. L'encadrement actuel de la prescription d'arrêts de travail par téléconsultation a été instauré par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024. Il serait donc précipité de le modifier moins d'un an après la promulgation de la loi, même si nous sommes tous préoccupés par cet encadrement.

En outre, la commission des affaires sociales a commandé un rapport à la Cour des comptes sur ce sujet. Elle souhaite donc attendre la publication de ce rapport pour travailler à la régulation de la consultation.

Par conséquent, même si elle ne sous-estime pas l'importance de ce sujet, elle demande le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Même avis.

Je vous assure, madame la sénatrice, que la lutte contre la fraude aux arrêts de travail est une priorité pour nous. Cependant, le système est trop récent et devrait avoir des effets positifs dans cette lutte. Par conséquent, attendons.

M. le président. La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge, pour explication de vote.

Mme Raymonde Poncet Monge. Si des plateformes ou des médecins commettent des fraudes, c'est à ce niveau, en amont, que doit se faire la régulation !

Vous demandez, ma chère collègue, une évaluation en présence de la situation médicale du patient, donc un examen clinique ; soit, mais alors pourquoi autoriser, à travers un écran, des prescriptions de traitement, de radiologie, d'analyse ? Dans ce cas, ce serait possible ? Une personne se plaignant d'une douleur à l'épaule pourrait obtenir une prescription de radio, mais on lui demanderait tout de même d'aller bosser parce qu'elle est en téléconsultation ?

Mais ce serait une atteinte masquée aux arrêts de travail ! La fraude doit se tarir en amont, au niveau des sites de téléconsultation. Si certains sont effectivement spécialisés dans les arrêts de travail, que font la Cnam et ses contrôleurs, que fait même l'État ?

On ne peut pas, d'un côté, regretter qu'il existe des déserts médicaux et que plusieurs centaines de milliers de personnes souffrant d'une ALD n'aient pas de médecin traitant – d'ailleurs, il était censé ne plus y en avoir du tout à la fin de l'année dernière, mais on en compte toujours autant – et, de l'autre, empêcher la délivrance en téléconsultation, solution à ces déserts médicaux, d'un arrêt de travail ! Ce n'est pas sérieux !

Mme Annick Petrus. Je retire mon amendement, monsieur le président !

M. le président. L'amendement n° 7 rectifié *bis* est retiré.

L'amendement n° 1134 rectifié, présenté par Mme Bourcier, MM. Malhuret et Chasseing, Mme Lermytte, MM. Capus et Rochette, Mme L. Darcos, M. Brault, Mme Paoli-Gagin et MM. Grand, L. Vogel, Omar Oili, Olivier et Gremillet, est ainsi libellé :

Après l'article 16

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À la seconde phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, les mots : « prescrit ou » sont supprimés.

La parole est à Mme Laure Darcos.

Mme Laure Darcos. Je devine par avance l'avis du rapporteur et de la ministre, mais, par respect pour ma collègue Corinne Bourcier, je vais tout de même présenter son amendement.

Il s'agit de limiter aux seuls renouvellements la possibilité pour les médecins traitants et sages-femmes référentes de prescrire, lors d'un acte de télémedecine, des arrêts de travail de plus de trois jours.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Demande de retrait et à défaut avis défavorable, pour les raisons déjà évoquées : l'encadrement légal des prescriptions d'arrêt de travail par téléconsultation est trop récent.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Même avis.

M. le président. Madame Darcos, l'amendement n° 1134 rectifié est-il maintenu ?

Mme Laure Darcos. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 1134 rectifié est retiré.

Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 1133 rectifié est présenté par Mme Bourcier, MM. Malhuret et Chasseing, Mme Lermytte, MM. Capus et Rochette, Mme L. Darcos, M. Brault, Mme Paoli-Gagin et MM. Grand, L. Vogel, Gremillet et Omar Oili.

L'amendement n° 1251 rectifié *bis* est présenté par Mmes Aeschlimann, Belrhiti et Billon, M. E. Blanc, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Bouchet, J.M. Boyer, Courtial et Dhersin, Mme Dumont, M. Duplomb, Mme Evren, M. Genet, Mmes Jacques et Joseph, MM. Karoutchi, Khalifé et Klinger, Mme Micouleau, MM. Milon, Mizzon, Panunzi et Pernot, Mmes Perrot et Petrus et MM. Sautarel, Somon et C. Vial.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 16

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le deuxième alinéa de l'article L. 6316-1 du code de la santé publique, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Aucun fournisseur de services en ligne ne peut mettre en place une plateforme internet visant à fournir à titre principal, explicitement ou implicitement, des actes de télémédecine prescrivant ou renouvelant un arrêt de travail.

« Lors d'un acte de télémédecine effectué par un professionnel de santé exerçant son activité à titre principal à l'étranger, celui-ci ne peut prescrire ou renouveler un arrêt de travail quelle qu'en soit sa durée. »

La parole est à Mme Laure Darcos, pour présenter l'amendement n° 1133 rectifié.

Mme Laure Darcos. Des plateformes numériques se sont développées en France pour offrir des arrêts de travail en ligne en échange d'une rétribution, pratique qui suscite des préoccupations en matière de santé publique et d'éthique médicale. Certaines de ces plateformes permettent d'obtenir un arrêt maladie en quelques minutes, sur le fondement d'un simple questionnaire en ligne, sans véritable consultation avec un médecin. Ce procédé, qui a pour objet de simplifier et d'accélérer l'accès à ce type de service, soulève néanmoins des questions sur la qualité et la pertinence des diagnostics posés de cette manière.

M. le président. La parole est à Mme Marie-Do Aeschlimann, pour présenter l'amendement n° 1251 rectifié *bis*.

Mme Marie-Do Aeschlimann. Si la télémédecine présente des avantages indéniables dans un contexte de multiplication des déserts médicaux, les abus de cette pratique doivent être combattus avec énergie.

Tel est l'objet de cet amendement, qui tend à réguler les plateformes sur internet faisant commerce de la prescription d'arrêts de travail, parfois en ayant recours à des médecins qui exercent à l'étranger. Mes chers collègues, chacun sait qu'il est possible, en quatre minutes et en quelques clics seulement, d'obtenir un arrêt de travail sur internet ou avec son téléphone. Ainsi, si vous avez mal au ventre ou à la tête, si vous êtes un peu stressé, il vous suffit de cliquer sur la liste des symptômes pour obtenir un arrêt de travail, sans même avoir consulté un médecin.

Cette pratique pose problème à plusieurs titres. Tout d'abord, elle suscite des interrogations sur la qualité et la pertinence des diagnostics posés de cette façon. Ensuite, elle contrevient à l'éthique et à la déontologie médicales, qui imposent un examen en bonne et due forme avant de prescrire un arrêt de travail. Enfin, ces abus pèsent lourdement sur les comptes sociaux : faut-il rappeler que les arrêts de travail ont augmenté de 40 % entre 2012 et 2022 ?

Au-delà de l'aspect financier, cet amendement vise également à protéger les patients de bonne foi qui prennent un risque pénal en s'en remettant à ces services. En effet, l'utilisation de ces arrêts de travail, lorsqu'ils sont frauduleux, peut entraîner des poursuites de l'assurance maladie.

Cet amendement tend donc à interdire ces plateformes et leurs pratiques frauduleuses de fourniture d'arrêts de travail de complaisance ou sans consultation médicale préalable, parfois même depuis l'étranger.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La commission s'est émue de l'émergence de sites internet permettant, à titre principal – je les distingue des plateformes visées par les deux amendements précédents –, la prescription d'arrêts de travail, souvent à des fins frauduleuses.

La commission a donc émis un avis favorable, par principe, sur ces amendements identiques, malgré des doutes quant à leur portée effective, dans la mesure où ces plateformes opèrent déjà frauduleusement, en dehors de tout cadre légal.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieusecq, ministre. Je souscris bien sûr à votre objectif de lutte contre la fraude sociale. Néanmoins, pour lutter contre ces plateformes, des outils légaux existent déjà et l'assurance maladie comme l'ordre des médecins ont déjà engagé des actions judiciaires pour faire fermer des sites internet frauduleux, localisés notamment en Allemagne. Nous devons continuer d'agir en ce sens.

En outre, les prescriptions d'arrêts de travail en téléconsultation, dont nous parlions tout à l'heure, ont été fortement encadrées et limitées à trois jours.

Cela étant, compte tenu de l'importance de ce sujet, le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat sur ces amendements.

M. le président. La parole est à Mme Annie Le Houerou, pour explication de vote.

Mme Annie Le Houerou. Je veux revenir sur les cabines de téléconsultation et l'utilisation qui en est faite.

Ces dispositifs représentent un accès dégradé aux soins pour de nombreux patients, aussi sont-elles utilisées en dernier recours, lorsque l'accès à un médecin, dans un entretien face à face, n'est pas possible. Nous pensons donc qu'il faut encadrer tant leur développement que leur utilisation ; par exemple, elles ne doivent être installées que dans des lieux sous contrôle médical, comme les pharmacies.

Ensuite, vous affirmez, madame la ministre, que les amendements proposés permettent de lutter contre la fraude sociale. Je ne vois pas en quoi ce serait le cas, puisque cet usage est le fait de patients qui ne bénéficient même pas, dans ce pays, du service minimum d'accès aux soins...

Nous voterons pour l'encadrement de ces plateformes numériques, mais, si ces téléconsultations doivent être régulées, elles ne sont qu'un pis-aller pour faire face aux déserts médicaux actuels.

M. le président. La parole est à Mme la ministre.

Mme Geneviève Darrieusecq, ministre. Les plateformes dont nous parlons ne font même pas appel à un médecin ! Il vous suffit de saisir vos nom, numéro de sécurité sociale et coordonnées sur un formulaire pour acheter un arrêt maladie à 18 ou 20 euros. Il ne s'agit pas du tout des cabines de téléconsultation : il s'agit de plateformes illégales, souvent situées à l'étranger, qui délivrent des arrêts maladie moyennant finances, sans que personne ait vu le moindre médecin.

Mme Annie Le Houerou. Alors, il faut les fermer !

M. le président. La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge, pour explication de vote.

Mme Raymonde Poncet Monge. Sans doute, ce n'est pas l'objet de ces amendements, que nous allons voter, mais il faut fermer ces plateformes ! C'est tout de même incroyable : on régule désormais l'illégalité, au Parlement ?

Lorsque vous avez un arrêt de travail, vous le transmettez à votre employeur et à la sécurité sociale : s'il est signé par un médecin étranger, qui n'a pas le droit de prescrire, il est tout de même accepté ? Mais où est le contrôle ?

En tout état de cause, la solution, c'est la fermeture ! Demandons plutôt des contrôleurs et des moyens supplémentaires, y compris si c'est pour réguler sur l'internet. Du reste, vous vous focalisez sur les arrêts de travail, mais ils ne doivent pas non plus prescrire des médicaments, des analyses, des radios, etc.

Lorsque la téléconsultation a été instaurée, le groupe Écologiste – Solidarité et Territoires a été très prudent ; nous proposons de limiter les arrêts de travail à trois jours, de ne permettre la téléconsultation qu'en deuxième intention ou d'obliger à un minimum d'une consultation physique entre deux téléconsultations. Tout cela, vous l'avez écarté, au motif qu'il fallait lutter contre les déserts médicaux. Donc, ne venez pas maintenant nous demander de réguler l'illégalité !

M. le président. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour explication de vote.

Mme Émilienne Poumirol. Nous ne parlons pas ici de télécabines, qui sont autorisées et plus ou moins encadrées, nous parlons de plateformes en ligne. Par conséquent, si elles sont illégales, comment se fait-il que nous en discutons au Parlement ? Nous devons tout faire pour les interdire.

En outre, le sujet ne se limite pas à la fraude aux arrêts de travail, car, notre collègue Poncet Monge l'a souligné, ces plateformes peuvent aussi émettre des prescriptions de médicaments, de radios, de biologie, etc. sans avoir jamais vu un patient, mais seulement après que celui-ci a cliqué sur deux ou trois boutons pour signaler une douleur au ventre ou à l'épaule...

C'est une dégradation de la qualité des soins, et même une insulte à la profession de médecin, comme s'il ne s'agissait que de cocher quelques cases pour obtenir un diagnostic et un traitement tout prêts. Dans ce cas, à quoi servirions-nous ?

Il faut absolument mettre fin au scandale que représentent ces plateformes, peu importe ce qu'elles font, qu'elles délivrent des arrêts de travail ou des prescriptions de tout type.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 1133 rectifié et 1251 rectifié *bis*.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 16.

L'amendement n^o 978, présenté par Mmes Brulin, Apourceau-Poly, Silvani, Margaté et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky, est ainsi libellé :

Après l'article 16

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le chapitre VI du titre I^{er} du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est complété par une section ainsi rédigée :

« Section 3 :

« Téléconsultation

« Art. L. 6316-3. – La téléconsultation a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient

« Elle apporte un complément à l'offre de soins et aux consultations effectuées en présence d'un professionnel de santé, notamment dans les zones où l'offre de soins est particulièrement dégradée.

« Les équipements destinés aux téléconsultations se déroulant hors du domicile du patient sont implantés au sein de lieux exclusivement dédiés à une activité de soin.

« Les lieux où sont installés ces équipements de téléconsultation assurent, dans des conditions fixées par décret du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé :

« – La présence d'au moins un professionnel de santé titulaire au minimum d'un niveau de qualification défini à l'article L. 4311-2 du présent code, et d'un professionnel de santé de même niveau de qualification supplémentaire par tranche de cinq dispositifs individuels de téléconsultation situés sur le même lieu ;

« – L'accessibilité de la consultation aux personnes en situation de handicap ;

« – Un accompagnement dans l'utilisation par le patient des dispositifs de téléconsultation ;

« – La confidentialité des échanges entre le patient et le professionnel de santé, et la protection des données personnelles ;

« – Les téléconsultations ne respectant pas ces conditions ne peuvent être prises en charge par les organismes d'assurance maladie ».

La parole est à Mme Marianne Margaté.

Mme Marianne Margaté. Cet amendement vise à encadrer la téléconsultation médicale.

En février 2024, la Haute Autorité de santé a déterminé, pour le déploiement de toute activité de téléconsultation ou de télésoin, trois grandes lignes directrices : premièrement, l'implantation doit répondre à un besoin de soins à l'échelle du territoire ; deuxièmement, le lieu doit garantir l'accessibilité et la qualité des soins ; troisièmement, les conditions matérielles et environnementales de la téléconsultation ou du télésoin doivent garantir la qualité de la prise en charge.

Nous ne sommes pas hostiles au développement de la téléconsultation, car celle-ci peut réduire la fracture sanitaire, mais il faut l'encadrer. Sans cela, elle contribue à déshumaniser les soins, à renforcer la fracture numérique et, surtout, à attirer des entreprises sans scrupules.

À ce propos, je souhaite offrir un témoignage, en tant que sénatrice de Seine-et-Marne, démontrant la nécessité d'encadrer cette pratique pour éviter les effets d'aubaine. Il y a quelques mois, dans mon département, l'entreprise H4D a installé une dizaine de cabines de téléconsultation ; cette société avait bénéficié de 1,5 million d'euros de crédit d'impôt recherche (CIR), de 200 000 euros de crédit d'impôt innovation (C2I) et d'une dotation de 100 000 euros par télécabine financée par le département. Or elle a, du jour au lendemain, fermé ses portes et ses cabines, laissant les communes et le département dans le plus grand désarroi. *(Mme Émilienne Poumirol s'indigne.)*

Donc, oui, il faut réguler, il faut encadrer, mais il faut aussi contrôler les fonds publics pour que ce genre de pratique cesse. (*Applaudissements sur les travées des groupes CRCE-K et SER.*)

Mme Cathy Apourceau-Poly. Très bien !

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Je souscris à l'idée – et je pense que nous sommes un certain nombre dans cet hémicycle à le faire – selon laquelle la téléconsultation doit être mieux encadrée.

Toutefois, ma réponse sera la même que précédemment : vous connaissez tous le sérieux des travaux du Sénat, qui a demandé un rapport à la Cour des comptes sur ce sujet. Je vous propose donc, non de balayer le sujet d'un revers de la main, mais d'attendre la remise de ce rapport pour travailler ensemble sur la question, car je suis sûre que nous trouverons un terrain d'entente et des positions communes pour mieux encadrer ces cabines de téléconsultation.

Demande de retrait ou, à défaut, avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Même avis.

M. le président. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour explication de vote.

Mme Émilienne Poumirol. Je remercie Céline Brulin et les membres du groupe CRCE-K d'avoir déposé cet amendement, et je regrette votre réponse, madame la rapporteure.

Certes, ce rapport de la Cour des comptes a été demandé, mais il nous sera remis dans un an et il nous faudra ensuite encore du temps pour y travailler. Et, pendant ce temps, les scandales comme celui dont vient de nous parler notre collègue se perpétueront, de prétendues sociétés – prétendues, car on peut se demander qui est derrière – qui bénéficient honteusement de l'aide publique, y compris de la part de départements et d'intercommunalités qui tâchent ainsi de résoudre le problème des déserts médicaux, continueront de bénéficier de ces aides avant de disparaître, du jour au lendemain, laissant les collectivités sans solution, non sans avoir pris soin de remplir leurs poches de notre argent public.

Il faut donc y mettre fin rapidement.

M. le président. La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge, pour explication de vote.

Mme Raymonde Poncet Monge. Je ne m'explique pas une chose : pourquoi certains amendements, dits de régulation, ne peuvent-ils pas attendre le rapport que nous avons demandé, que je suis, comme vous, très pressée d'obtenir, et pourquoi sur certains autres, purement qualitatifs, comme celui qui vient de nous être présenté, lequel s'appuie en outre sur les recommandations de la HAS, on devrait surseoir à statuer ?

Soit il faut attendre le rapport de la Cour des comptes pour tous les amendements, soit il ne faut l'attendre pour aucun, mais, en tout état de cause, on ne peut pas demander à surseoir pour les uns et non pour les autres.

M. le président. La parole est à Mme Marianne Margaté, pour explication de vote.

Mme Marianne Margaté. J'entends bien que ce rapport arrive et je suis sûre qu'il sera digne d'intérêt. Cependant, face à de telles pratiques – la Seine-et-Marne n'est sans doute pas un cas isolé –, le Sénat doit clairement faire connaître sa position par l'adoption de cet amendement et montrer qu'il

s'engage dans un chemin que le rapport de la Cour des comptes permettra, certainement, de développer. Il convient que le Sénat montre ainsi sa volonté d'encadrement et de régulation.

Mme Émilienne Poumirol. Très bien !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 978.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 40 rectifié, présenté par M. Milon, Mme Petrus, MM. Somon, Sol et Khalifé, Mmes Aeschlimann et Malet, M. J.B. Blanc et Mmes Lassarade, Jacques, M. Mercier et Micouleau, est ainsi libellé :

Après l'article 16

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le chapitre VI du titre 1^{er} du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est complété par une section ainsi rédigée :

« Section ...

« Rendez-vous en ligne

« *Art. L. 6316-...* – Les sociétés commerciales de communication numériques, et toutes plateformes d'intermédiation proposant des rendez-vous médicaux en ligne auprès d'un professionnel de santé, à titre exclusif ou non exclusif, reçoivent un agrément à cette fin du ministre chargé de la sécurité sociale et de la santé.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions que doivent remplir ces sociétés et les éléments que doivent fournir les professionnels de santé pour être référencés.

« Ces dispositions s'appliquent quels que soient le mode d'exercice des professionnels de santé référencés et le type d'établissement de santé. »

La parole est à M. Alain Milon.

M. Alain Milon. Au cours des dernières années, il a souvent été rapporté par les patients eux-mêmes, après une prise de rendez-vous en ligne, une discordance entre le praticien consulté et celui qui était annoncé lors de la prise de rendez-vous. Parfois, un rendez-vous en télémedecine sert d'alibi, alors que le patient pense, lors de la prise de rendez-vous, qu'il verra un médecin en présence. Le manque de cadre réglementaire limite les possibilités de contrôle des sociétés de rendez-vous en ligne et le déréférencement.

Il convient donc de permettre non seulement aux patients de s'y retrouver parmi les intervenants, mais aussi de leur garantir la fiabilité des informations fournies sur les sites de rendez-vous en ligne, ainsi que la réalité de l'existence des professionnels proposés. Ces derniers doivent être clairement identifiables par les patients au moment de la prise de rendez-vous, principe fondamental du code de la santé publique, précisé à l'article L. 1110-8 de ce code, qui affirme le « droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé et de son mode de prise en charge ».

Les sociétés de rendez-vous en ligne ont pris une part de plus en plus importante dans l'attribution de ces rendez-vous, ce qui en fait une porte d'accès essentielle aux professionnels de santé, particulièrement aux médecins. Le principal acteur représente maintenant près de 90 % de l'offre et s'approche, malheureusement, du monopole. La visibilité apportée par le référencement sur ces sites peut inciter des acteurs, réels ou

non, à se faire passer comme compétents pour des activités de soins pour lesquelles ils ne disposent pas des diplômes requis. Ainsi, certains professionnels non réglementés ont essayé, et parfois réussi, à se faire référencer.

Il est sans doute temps de réguler les sociétés de rendez-vous en ligne, les signes de dérive étant manifestes depuis la période du covid-19, qui a vu une nette diversification et une augmentation du nombre de professionnels sur ces sites. Ce serait aussi un élément important de contrôle de la fraude et de sécurisation des informations apportées aux patients.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Nous voyons bien combien le sujet des téléconsultations et des plateformes – celles qui permettent la prise de rendez-vous, mais aussi celles qui, frauduleusement, prescrivent des arrêts de travail – nous préoccupe tous.

C'est pourquoi, à titre personnel, j'attends avec impatience le rapport de la Cour des comptes, afin que l'on prenne le temps de la réflexion avant de légiférer. Il y a un vrai travail à conduire sur ce point, afin notamment de savoir qui est au bout du fil. Est-ce vraiment un médecin ? Verra-t-il le patient ?

Sur la durée des arrêts de travail, limitée aujourd'hui à trois jours, j'ai aussi entendu que certains patients, en arrêt de travail pour des raisons psychiatriques et qui ne peuvent pas toujours se déplacer, ont un intérêt à ce qu'il puisse être prolongé au-delà. Les choses ne sont donc pas si simples.

C'est pourquoi la commission, désireuse de se pencher sérieusement sur cette question, demande le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Monsieur le sénateur, vous nous proposez une procédure d'agrément des sociétés de prise de rendez-vous médicaux.

L'encadrement de ces plateformes doit se justifier par leur effet sur les dépenses d'assurance maladie. Or la prise de rendez-vous en ligne est une offre de services privée, sans conséquence directe sur ces dépenses, puisqu'il ne s'agit que d'une mise en relation.

En outre, comme le dit Mme la rapporteure, la réception de ce rapport fournira l'occasion d'effectuer un travail complet, afin de voir comment on peut mieux sécuriser et encadrer cette activité.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable sur cet amendement, même s'il demeure vigilant sur cette question.

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, pour explication de vote.

M. Alain Milon. J'entends les arguments de Mme la rapporteure et de Mme la ministre. Cependant, les amendements dont nous sommes les auteurs ne sont, au fond, que l'expression des inquiétudes des professionnels de santé et des patients qui ont fait l'expérience de ces situations auxquelles nous voudrions mettre fin. Nous devons agir très rapidement sur ce sujet.

Nous avons demandé une étude à la Cour des comptes, certes, mais nous savons le temps qu'il lui faudra pour produire un rapport, puis le temps qu'il nous faudra pour l'analyser et pour rédiger une proposition ou un projet de loi. Par conséquent, pendant encore une année ou deux, des tas

de patients continueront de se faire « bananer », si j'ose dire, et des tas de personnes continueront à se faire passer pour des professionnels de santé...

Cela étant, je retire mon amendement.

M. le président. L'amendement n° 40 rectifié est retiré.

Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 38 rectifié *bis*, présenté par M. Milon, Mme Petrus, MM. Somon, Sol et Khalifé, Mmes Aeschlimann et Malet, M. J.B. Blanc et Mmes Lassarade, M. Mercier, Jacques et Micouveau, est ainsi libellé :

Après l'article 16

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L.160-8 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les produits, les prestations et les actes prescrits à l'issue d'une prise en charge comprenant une téléexpertise réalisée en application des articles L.6316-1 et R.6316-1 du code de la santé publique ne sont pris en charge qu'à la condition d'être prescrits par le professionnel de santé requérant la téléexpertise ; ce dernier est responsable de la décision finale et agit dans les limites de ses compétences après avoir intégré l'avis de téléexpertise dans l'ensemble des données dont il dispose à propos du patient. »

La parole est à M. Alain Milon.

M. Alain Milon. Je crois savoir déjà la réponse qui me sera faite, mais je vais tout de même défendre mon amendement, car il me semble important.

Plusieurs sociétés de téléexpertise, sollicitées par des professionnels de santé, proposent de fournir, à l'issue d'une prétendue téléexpertise, des ordonnances, en vue de délivrer des produits ou des dispositifs médicaux sans examen médical, alors que l'ordonnance est signée par un médecin salarié ou partenaire.

Ces prescriptions sont souvent délivrées par une plateforme d'échange sur abonnement et sans examen médical, à la suite d'un simple questionnaire rempli sans possibilité de contrôle par le médecin. Ces méthodes, assimilables à de l'achat d'ordonnances, ne sont réalisées qu'en suivant des protocoles personnels, sans la moindre validation de quelque instance que ce soit : Haute Autorité de santé, assurance maladie, conseil national professionnel. Plusieurs dizaines de milliers d'ordonnances ont déjà été délivrées par cette voie frauduleuse, alourdissant ainsi les finances de l'assurance maladie et des complémentaires santé. La perspective prochaine d'une industrialisation à grande échelle de ce système menace la cohérence du parcours de soins et les finances publiques.

Je laisse Mme Poumirol développer cette question à l'occasion de la défense de l'amendement très similaire qu'a déposé M. Jomier, mais je veux ajouter un point. La semaine dernière, on m'a rapporté le cas d'un accident de travail au sein d'une collectivité territoriale. L'intéressé a utilisé une plateforme de ce type. Sans consultation, en répondant seulement à un questionnaire, il a obtenu un arrêt de travail de deux semaines, une prescription d'anti-inflammatoires, heureusement non stéroïdiens, et une ordonnance de kinésithérapie – tout cela sans voir un médecin ! Ce système représente un véritable danger.

M. le président. L'amendement n°746, présenté par M. Jomier, Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Lubin, Poumirol et Rossignol, MM. Bourgi et Ros, Mmes Linkenheld et Narasiguin, MM. Ziane et Lurel, Mme Bélim, M. Féraud, Mme Harribey, M. Gillé, Mme Brossel, MM. Fagnen et Chantrel, Mme Conway-Mouret, MM. Darras, Michau, Mérillou et Montaugé, Mme Bonnefoy, M. Roiron, Mme Blatrix Contat, MM. Jeansannetas, Vayssouze-Faure et M. Weber, Mmes Monier et G. Jourda, MM. P. Joly, Marie, Tissot, Durain et Chaillou, Mme Artigalas, MM. Redon-Sarrazy, Quizille, Pla, Uzenat et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 16

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Les produits, les prestations et les actes prescrits à l'issue d'une prise en charge comprenant une téléexpertise réalisée en application des articles L. 6316-1 et R. 6316-1 du code de la santé publique ne sont pris en charge qu'à la condition d'être prescrits par le professionnel de santé requérant la téléexpertise ; ce dernier est responsable de la décision finale et agit dans les limites de ses compétences après avoir intégré l'avis de téléexpertise dans l'ensemble des données dont il dispose à propos du patient.

La parole est à Mme Émilienne Poumirol.

Mme Émilienne Poumirol. Par cet amendement, quasiment identique à celui de M. Milon, nous mettons l'accent sur le risque que représentent les plateformes et les sociétés dites de téléexpertise. Celles-ci peuvent prescrire des arrêts de travail, mais aussi des médicaments, des examens radiologiques ou encore des séances de kinésithérapie, sans avoir vu le patient. J'y reviens, c'est une négation du rôle du médecin ! Je le vis comme une véritable insulte à la nature même de la médecine, qui repose sur l'examen d'un patient et la prescription, en toute connaissance de cause, des soins dont celui-ci a besoin.

Or ces sociétés de téléexpertise fleurissent et pratiquent une activité frauduleuse. Disons-le clairement : elles n'ont pas le droit de prescrire des ordonnances, et pourtant, elles le font ! C'est de la fraude et il faut les sanctionner.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La fraude va même jusqu'à l'emploi du mot « téléexpertise » ! En effet, qu'est-ce que la téléexpertise ?

Mme Émilienne Poumirol. Il s'agit de prétendue téléexpertise !

M. Alain Milon. Avec beaucoup de guillemets !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. C'est un détournement de cette notion, car la téléexpertise ne consiste qu'en un avis ponctuel demandé par un médecin à l'un de ses confrères sur une situation médicale. La téléexpertise est l'une des modalités de téléconsultation.

Je partage l'esprit de vos amendements, aussi la commission souhaite-t-elle entendre l'avis du Gouvernement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Je confirme les propos de Mme la rapporteure. La téléexpertise, définie clairement dans le code de la santé publique, consiste,

pour un médecin, par exemple généraliste, à solliciter l'avis d'un autre professionnel de santé, souvent un spécialiste, par voie numérique. La téléexpertise diffère de la téléconsultation, dont nous avons parlé jusqu'à présent.

Ces amendements nous posent néanmoins un problème de rédaction. En outre, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 a bien exclu du champ de la prise en charge par l'assurance maladie les soins, produits et prestations prescrits par un médecin lorsque celui-ci n'a pas eu de contact visuel ou oral avec le patient, ce qui est le cas des situations que vous évoquez.

La téléexpertise ne peut donc pas être traitée de la même manière que la téléconsultation.

Avis défavorable.

M. le président. Quel est maintenant l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Même avis.

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, pour explication de vote.

M. Alain Milon. On dit souvent, madame la rapporteure, madame la ministre, qui aime bien châtie bien, mais, même si je vous aime bien, je préfère vous faire confiance et, en attendant qu'un texte limite ce phénomène, je retire mon amendement.

M. le président. L'amendement n° 38 rectifié *bis* est retiré.

La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour explication de vote.

Mme Émilienne Poumirol. Pour notre part, nous ne retirons pas notre amendement.

Vous l'avez bien expliqué : la téléexpertise répond à une définition spécifique et la pratique que nous venons de décrire est illégale. Comment pourrions-nous donc repousser la question à plus tard, alors que la téléexpertise est pratiquée illégalement et frauduleusement ?

Dans bien d'autres domaines, la fraude et le vol sont immédiatement punis. On fait appel à la justice, on envoie les coupables en prison. Pourquoi, dans ce cas précis, n'y a-t-il pas d'ores et déjà de sanctions ?

M. le président. La parole est à Mme la ministre.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Je tiens à clarifier les choses : la téléexpertise en elle-même n'est pas illégale. Il s'agit simplement de la sollicitation d'un avis par un médecin à l'un de ses confrères, souvent spécialiste, qui a plus d'expertise dans ce domaine. Heureusement, il n'y a rien d'illégal à ce que nos médecins puissent échanger sur une problématique médicale !

Simplement, tel qu'il est rédigé, cet amendement pose problème, puisque la téléexpertise ne peut pas donner lieu à une prescription ; je le répète, il ne s'agit que de solliciter un avis médical.

Mme Émilienne Poumirol. Mais la prescription d'ordonnance est illégale !

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. En revanche, la téléconsultation dans certaines cabines est parfois pratiquée illégalement, par exemple lorsque aucun médecin n'est présent. Nous devons agir sur ce point, mais ce n'est pas l'objet de votre amendement.

M. le président. La parole est à Mme Annie Le Houerou, pour explication de vote.

Mme Annie Le Houerou. Il est indiqué dans l'exposé des motifs de l'amendement que « plusieurs des sociétés de téléexpertise proposent de fournir des ordonnances sollicitées sur l'initiative de professionnels de santé ».

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Le mot est mal choisi !

Mme Annie Le Houerou. C'est bien une situation illégale ! Nous maintenons donc cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 746.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 86 rectifié, présenté par M. Milon, Mme Aeschlimann, M. Khalifé, Mme Micoulean, M. Sol, Mmes Lassarade et M. Mercier, M. Somon, Mmes Malet et Petrus, M. J.B. Blanc et Mme Jacques, est ainsi libellé :

Après l'article 16

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 5121-1-2 du code de la santé publique est complété par un paragraphe ainsi rédigé :

« ... – Lorsqu'un professionnel de santé prescrit une spécialité pharmaceutique ayant obtenu une amélioration du service médical rendu inexistante, et pour laquelle la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du présent code a identifié un ou des comparateurs cliniquement pertinents dans le périmètre de l'indication thérapeutique remboursable concernée, et que ce ou ces comparateurs font partie d'un groupe générique mentionné au b) du 5° de l'article L. 5121-1, il inscrit sur l'ordonnance, par une mention expresse, la raison pour laquelle il n'a pas prescrit le ou lesdits comparateurs cliniquement pertinents inscrits au répertoire. »

La parole est à M. Alain Milon.

M. Alain Milon. Selon un rapport de la Cour des comptes – cela plaira à Mme la rapporteure (*Sourires.*) – de mai 2023 et les données de l'OCDE, la France présente un retard dans le développement des génériques par rapport à d'autres pays de cette organisation. En effet, la part des génériques en volume sur le marché pharmaceutique est de 42 % en France contre 78 % au Canada, 79 % aux Pays-Bas, 80 % au Royaume-Uni et 83 % en Allemagne.

Des marges de progression existent pour accroître la part de marché des génériques et améliorer ainsi l'efficacité des dépenses de remboursement des médicaments. À titre d'illustration, une augmentation de 1 point de la part de marché pour les spécialités génériques permettrait une économie potentielle supplémentaire de 130 millions d'euros pour l'assurance maladie.

L'objet du présent amendement est d'inciter les prescripteurs à privilégier l'ordonnance des médicaments inscrits sur le répertoire des groupes génériques, qui sont des alternatives thérapeutiques à de nouveaux entrants ayant obtenu une amélioration du service médical rendu de niveau V (ASMR V). Nous impliquerions ainsi les prescripteurs dans l'effort d'économie sur les dépenses de santé.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Je me permets de revenir sur les chiffres que vous avez cités, monsieur Milon. Le ratio de 42 % que vous avancez pour la France correspond au taux de pénétration des génériques en volume.

En revanche, le taux de substitution des médicaments génériques est, quant à lui, beaucoup plus important, puisqu'il n'existe pas de génériques pour tous les médicaments disponibles et remboursés par l'assurance maladie. En France, le taux de substitution est assez élevé, puisqu'il atteint 85 % à 90 % en fonction des médicaments.

Ainsi, en demandant aux professionnels prescripteurs de préciser sur l'ordonnance les raisons pour lesquelles ils ne prescrivent pas un médicament générique, nous risquerions de leur envoyer un signal de défiance, d'autant que les pharmaciens sont déjà très fortement incités à substituer un générique à un princeps, même quand l'ordonnance est manuscrite, ce qui est de plus en plus rare, et qu'elle précise le nom commercial du médicament. Votre proposition me paraît donc quelque peu exagérée.

Demande de retrait ou, à défaut, avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 86 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 82 rectifié *bis*, présenté par M. Milon, Mmes Puissat et Aeschlimann, M. Khalifé, Mmes Micoulean et Lassarade, M. Sol, Mme M. Mercier, M. Somon, Mmes Malet et Petrus, M. J.B. Blanc et Mme Jacques, est ainsi libellé :

Après l'article 16

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Le 2° de l'article L. 5125-23-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est complété par les mots : « communiqué à l'entreprise exploitant le médicament biologique similaire et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans un délai maximal de deux mois après la délivrance d'une autorisation de mise sur le marché audit médicament biologique similaire, le cas échéant, dûment portée à la connaissance de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché du médicament biologique similaire. L'avis de l'Agence peut comprendre, le cas échéant, des conditions de substitution et d'information et des mises en garde de nature à assurer la continuité du traitement en vue de la substitution par le pharmacien » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots et la phrase : « , sauf avis contraire de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé publié avant la fin de cette période. L'avis de l'Agence peut comprendre, le cas échéant, des conditions de substitution et d'information et des mises en garde de nature à assurer la continuité du traitement en vue de la substitution par le pharmacien ; » sont supprimés.

II. – Le II de l'article 54 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 est ainsi rédigé :

« II. - Pour la mise en œuvre du 2° de l'article L. 5125-23-2 du code de la santé publique concernant les médicaments biologiques similaires ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché avant la publication

et l'entrée en vigueur de la présente loi, l'avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale est rendu au plus tard le 1^{er} juillet 2025. »

La parole est à M. Alain Milon.

M. Alain Milon. L'objet de cet amendement est de rendre systématique l'avis de l'ANSM sur l'inscription des biosimilaires à la liste des groupes biologiques similaires concernés dans un délai maximal de deux mois suivant leur autorisation de mise sur le marché (AMM). Le but est d'accélérer la procédure de substitution et d'accroître la pénétration des biosimilaires. Cette mesure permettrait de diminuer le poids des remboursements de médicaments sur les dépenses d'assurance maladie.

En outre, l'adoption de cet amendement permettrait de traiter de manière identique l'intégralité des biosimilaires. En effet, l'ANSM s'est autosaisie et a rendu un avis sur certains biosimilaires avant l'expiration du délai de deux ans prévu dans la LFSS pour 2024. Elle a en effet évalué les conditions de substituabilité des biosimilaires de l'aflibercept sur le fondement de l'AMM du biosimilaire. Néanmoins, elle n'a pas rendu d'avis sur les biosimilaires de natalizumab, de tocilizumab et d'ustékinumab, alors que le remboursement de ces trois médicaments biologiques de référence représente plusieurs centaines de millions d'euros.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Je vous demande de bien vouloir retirer votre amendement, au profit de l'amendement n° 1380 de la commission tendant à insérer un article additionnel après l'article 19, au travers duquel nous proposons de ramener à un an le délai d'inscription automatique des biosimilaires sur la liste des médicaments biologiques substituables. C'est une mesure d'équilibre qui devrait encourager la substitution des biosimilaires. Actuellement, les pharmaciens d'officine peuvent remplacer trois médicaments biologiques par des biosimilaires.

M. Alain Milon. Je retire mon amendement !

M. le président. L'amendement n° 82 rectifié *bis* est retiré.

L'amendement n° 84 rectifié, présenté par M. Milon, Mme Aeschlimann, M. Khalifé, Mmes Micouleau et Lassarade, M. Sol, Mme M. Mercier, M. Somon, Mmes Malet et Petrus, M. J.B. Blanc et Mme Jacques, est ainsi libellé :

Après l'article 16

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le III de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après les mots : « spécialités génériques ou hybrides » sont insérés les mots : « ou les médicaments biologiques similaires » et après les mots : « au groupe générique ou hybride concerné, » sont insérés les mots : « ou au groupe biologique similaire concerné et figurant sur une liste fixée par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans les conditions prévues à l'article L. 5125-23- 2 du code, » ;

2° Le 1° est complété par les mots : « ou d'un groupe biologique similaire mentionné au 15° du même article » ;

3° À la première phrase du 2°, les mots : « groupe générique ou hybride » sont remplacés par les mots : « groupe générique, hybride ou biologique similaire » ;

4° Au cinquième alinéa, après les mots : « spécialités génériques ou hybrides » sont insérés les mots : « ou les médicaments biologiques similaires » et les mots « groupe générique ou hybride concerné », sont remplacés par les mots : « groupe générique, hybride ou biologique similaire concerné » ;

5° Au septième alinéa, après les mots : « Pour les groupes génériques » sont insérés les mots : « et les groupes biologiques similaires » et après les mots : « de la première spécialité générique » sont insérés les mots : « ou du premier médicament biologique similaire ».

La parole est à M. Alain Milon.

M. Alain Milon. C'est le dernier, je vous le promets ! (*Sourires.*)

Au travers de cet amendement, nous souhaitons permettre, deux ans après la commercialisation du premier médicament biologique similaire, de limiter la base de remboursement du médicament biologique de référence à celle du médicament biologique similaire appartenant au groupe biologique similaire concerné. Le but est de favoriser le recours aux biosimilaires sans perte de chance pour les patients.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La commission soutient fortement le développement des biosimilaires, qui constituent un gisement d'économies de plusieurs centaines de millions d'euros pour l'assurance maladie.

La substitution de biosimilaires est aujourd'hui restreinte à trois groupes de médicaments dans les pharmacies d'officine. Ce débat me rappelle les discussions sur le tarif forfaitaire de responsabilité. À ce stade, votre proposition me semble prématurée, mais, si la substitution de biosimilaires ne prenait pas suffisamment d'élan, nous pourrions, à l'avenir, adopter une telle mesure.

En attendant, demande de retrait ou, à défaut, avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Même avis.

M. Alain Milon. Je ne sais pas si je serai encore là à l'avenir, alors je le maintiens !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 84 rectifié.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 1277 rectifié, présenté par Mme Nadille, MM. Buval et Omar Oili, Mme Perrot, M. Théophile, Mme Ramia et M. Fouassin, est ainsi libellé :

Après l'article 16

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur l'application de l'article 49 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

Plus particulièrement, il détaille la méthode de fixation par l'État du coefficient géographique s'appliquant aux tarifs nationaux et formule des recommandations pour améliorer la formule de calcul.

Il étudie l'opportunité de procéder à une révision annuelle des coefficients géographiques et à une revalorisation de ces derniers dans les territoires concernés.

La parole est à Mme Solanges Nadille.

Mme Solanges Nadille. L'article 49 de la LFSS pour 2024 prévoyait de réformer le mode de financement des activités de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) des établissements de santé, pour diminuer la part de la tarification à l'activité (T2A).

Plus particulièrement, cet article précise que l'État fixe un coefficient géographique qui s'applique aux tarifs nationaux pour les établissements implantés dans certaines zones, afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques qui modifient le coût de revient de plusieurs prestations. Actuellement, des coefficients géographiques revalorisant certains tarifs ont été définis en Île-de-France, dans les territoires ultramarins et en Corse.

Cet amendement vise à demander un rapport sur l'application de l'article 49 de la LFSS pour 2024, plus particulièrement sur la question de ces coefficients. Il s'agirait à la fois d'étudier la méthode utilisée par l'État pour les fixer et d'énoncer des recommandations pour améliorer la formule de calcul. En effet, celle-ci varie d'une révision à l'autre et est peu documentée.

Par ailleurs, le rapport évaluera l'opportunité de réviser plus régulièrement les coefficients géographiques et de les revaloriser, notamment pour les territoires ultramarins et insulaires, qui font face à des surcoûts structurels.

Pour rappel, les coefficients géographiques appliqués à la T2A sont actuellement de 27 % en Guadeloupe et en Martinique, de 29 % en Guyane, de 31 % à La Réunion et à Mayotte, et de 11 % en Corse.

Certains territoires, comme la Guyane, bénéficient cette année d'une revalorisation, mais ce n'est pas le cas de tous. Ces coefficients n'avaient pas été revalorisés depuis 2017, voire, pour certains, depuis 2006, et demeurent largement insuffisants, compte tenu des grandes difficultés auxquelles font face les établissements de santé sur ces territoires.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Nous avons déjà eu de longs débats, dans cet hémicycle, sur les modalités de la réforme du financement des hôpitaux.

Il ne me semble pas possible d'évaluer les effets de la réforme que vous évoquez dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

Avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Madame la sénatrice, le Gouvernement vous rejoint pleinement dans votre exigence de transparence sur les coefficients géographiques. La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) a été mandatée pour réaliser une étude destinée à rendre l'exercice de fixation de ces coefficients plus robuste et plus transparent.

Ces travaux ont été rendus publics l'an dernier. Ils décrivent finement la méthode utilisée. Leurs résultats ont conduit à une réévaluation des niveaux des coefficients géographiques pour les territoires au sein desquels les écarts de coût se sont objectivement creusés. Le coefficient a ainsi été rehaussé dès 2024 en Guyane, à La Réunion et à Mayotte.

Pour les autres territoires, il faut poursuivre les travaux. La Drees n'avait pas mis en évidence de différences trop importantes, mais des écarts peuvent se creuser rapidement. Nous allons donc continuer de travailler en ce sens.

En attendant, votre amendement me paraissant satisfait, je vous demande de bien vouloir le retirer ; à défaut, j'émettrais un avis défavorable.

Soyez néanmoins assurée que nous sommes très attentifs à la question des coefficients géographiques.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Conconne, pour explication de vote.

Mme Catherine Conconne. J'appuie la demande de ma collègue.

Certes, on connaît la position du Sénat relative aux demandes de rapports. Pour autant, cet amendement me semble constituer un amendement d'appel, d'appel au secours.

Nos CHU sont les plus endettés et les plus en difficulté de France et de Navarre ! Aujourd'hui, des interventions chirurgicales ne peuvent avoir lieu au CHU de Martinique tout simplement parce qu'on ne peut pas acheter de compresses ! Aujourd'hui, on meurt en outre-mer, faute de soins. Je l'ai répété tant et tant de fois ici ! C'est la raison pour laquelle je vous ai demandé un entretien dans les plus brefs délais, madame la ministre.

Cet amendement est un appel au secours de certaines populations. On meurt dans nos CHU, aujourd'hui, faute de moyens, parce que les comptes sont plombés et que les fournisseurs ne peuvent plus être payés. On meurt !

Alors, va-t-on continuer à fermer les yeux et à parler de restrictions, quand des vies humaines sont en jeu ?

Ces irritants expliquent la grogne qui monte, les manifestations et l'insatisfaction générale, et cela ne risque pas de cesser... Aussi, de temps en temps, tenez-en compte et envoyez un signal positif à la population ! Acceptez au moins d'en parler de manière transparente et libre. (*Mme Solanges Nadille approuve.*)

Le rapport de la Drees a été contesté par le CHU de Martinique et par les différentes commissions médicales d'établissement (CME). Nous devons faire quelque chose. Nous ne pouvons pas continuer comme cela.

J'ai volontairement demandé mon intégration au conseil de surveillance du CHU de Martinique afin de m'en faire le relais dans cet hémicycle, puisque la loi le permet. Il faut faire quelque chose. Ma collègue a raison. Nous vous le répétons sans cesse, sur tant de sujets, mais nous avons l'impression que tout le monde s'en fiche...

M. le président. La parole est à Mme Audrey Bélim, pour explication de vote.

Mme Audrey Bélim. Je soutiens également l'amendement de ma collègue Nadille. Soutenons donc le grand, le bel hôpital public, et le savoir-faire français dispensé aussi dans les outre-mer, car nos populations sont en souffrance.

Lorsque l'hôpital public est défaillant dans nos territoires, nos malades doivent prendre l'avion pour être soignés dans l'Hexagone. Or ce transport diminue leurs chances de survie. C'est grave ! Cela signifie que nous laissons consciemment de moindres chances aux populations d'outre-mer.

Pour cette raison, je soutiens vivement l'amendement de Mme Nadille.

M. le président. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour explication de vote.

Mme Émilienne Poumirol. Je soutiens également cet amendement.

Lors d'un déplacement à Fort-de-France l'année dernière, j'ai pu observer le fonctionnement du CHU de Martinique. L'un de ses bâtiments, refait à neuf, est très moderne et dispose d'équipements techniques du dernier cri, mais la plus grande partie de l'hôpital est dans un état de délabrement catastrophique, en particulier le service de cancérologie. Il est déjà difficile de garder le moral pendant une chimiothérapie, mais quand les patients reçoivent leur traitement serré les uns contre les autres, c'est encore pis...

En outre, il faut noter que cette situation fait perdre à l'hôpital de son attractivité pour nos futurs médecins. En effet, quand on fait son internat à Fort-de-France et que l'on constate l'état des locaux et les difficultés financières de l'hôpital, on n'est pas incité à rester. Nous devons donc porter un regard spécifique sur les outre-mer.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1277 rectifié.

(L'amendement est adopté.) – (Applaudissements sur les travées des groupes SER et CRCE-K. – Mme Solanges Nadille et M. Michel Masset applaudissent également.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 16.

L'amendement n° 728, présenté par M. Jomier, Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Lubin, Poumirol et Rossignol, MM. Bourgi et Ros, Mmes Linkenheld et Narassiguin, MM. Ziane et Lurel, Mme Bélim, M. Féraud, Mme Harribey, M. Gillé, Mme Brossel, MM. Fagnen et Chantrel, Mme Conway-Mouret, MM. Darras, Michau, Mérillou et Montaugé, Mme Bonnefoy, M. Roiron, Mme Blatrix Contat, MM. Jeansannetas, Vayssouze-Faure et M. Weber, Mmes Monier et G. Jourda, MM. P. Joly, Marie, Tissot, Durain et Chaillou, Mme Artigalas, MM. Redon-Sarrazy, Ouizille, Pla, Uzenat et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 16

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 4113-9 du code de la santé publique est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Le Conseil de l'Ordre compétent est habilité à exercer un contrôle sur la pertinence des actes effectués au sein des structures de soins non programmés afin de vérifier leur conformité aux objectifs de répartition territoriale de l'offre de soins, en tenant compte de l'impact financier sur les finances sociales.

« À cet effet, en dérogation du principe de confidentialité des données de santé, le Conseil de l'Ordre est habilité à exiger la communication des justificatifs nécessaires à ce contrôle.

« En cas de manquement constaté, le Conseil de l'Ordre enjoint à la structure concernée de se conformer aux présentes dispositions.

« Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article. »

La parole est à Mme Émilienne Poumirol.

Mme Émilienne Poumirol. L'amendement de M. Jomier concerne les centres de soins non programmés.

Nous sommes conscients de l'intérêt du contrôle de la pertinence des actes, car la régulation des dépenses est nécessaire pour faire des économies.

Nous proposons, au travers de cet amendement, d'associer les ordres professionnels, en complément des missions de l'assurance maladie, au contrôle de la pertinence des actes réalisés dans les CSNP.

Une étude menée dans ces établissements, qui sont, je le rappelle, fortement financiarisés, a montré que près de 15 % des actes médicaux y étaient redondants ou médicalement injustifiés, ce qui représente un coût additionnel estimé à 1,2 milliard d'euros par an pour la sécurité sociale. Nous cherchions des milliards d'euros d'économies, en voilà !

En veillant à ce que les décisions médicales soient fondées sur des critères *qualitatifs* – j'insiste sur ce mot – en matière d'offre de soins, le Conseil national de l'ordre des médecins (Cnom) se positionnerait comme un rempart contre les dérives potentielles liées à la financiarisation de ces structures. Il permettrait ainsi d'améliorer la qualité du service rendu aux patients.

J'indique que cet amendement s'inspire des propositions n° 15 et 17 du rapport de la commission des affaires sociales relatif à la financiarisation de l'offre de soins.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Le contrôle déontologique de l'ordre est bien sûr essentiel, et il est tout à fait nécessaire qu'il s'exerce sur les professionnels travaillant dans les structures de soins non programmés. En droit, l'amendement est donc satisfait ; il n'y a pas de problème à cet égard.

Il me semble, en revanche, qu'il ne revient pas à l'ordre de contrôler l'impact des actes effectués dans ces structures sur les finances sociales, car ce suivi relève de l'assurance maladie. J'ai l'impression qu'il y a là une confusion...

Nous avons proposé, dans notre rapport *Financiarisation du système de santé*, de soutenir l'ordre des médecins, comme les autres ordres professionnels – nous les avons tous auditionnés, et ils se sont tous prononcés contre cette financiarisation qui a tendance à nous déborder –, et de faire en sorte qu'ils soient accompagnés par les services de l'État, afin notamment de décrypter la constitution des sociétés qui sont derrière certaines structures de soins. Ce sujet est quelque peu différent de celui abordé dans l'amendement.

Je demande donc son retrait ; à défaut, l'avis sera défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 728.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 16 bis (nouveau)

Le premier alinéa de l'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales est complété par les mots : « , ou par un infirmier, dans des conditions déterminées par un décret pris après avis du Conseil national de l'ordre des infirmiers ».

M. le président. La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly, sur l'article.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Le présent article, introduit dans le PLFSS au travers d'un amendement présenté à l'Assemblée nationale par notre collègue député Frédéric Valletoux, vise à pérenniser et à étendre une expérience menée dans certains territoires, qui a porté ses fruits.

En effet, à cause de la pénurie croissante de médecins, nous nous retrouvons face à des situations critiques. Il arrive que des personnes décédées restent plusieurs heures, parfois plus de douze heures, à leur domicile – j'ai connu cette situation à plusieurs reprises dans mon département –, avant qu'un médecin ne délivre le certificat de décès. Nous avons tous ici entendu parler de situations similaires.

Une solution existe et il faut nous en saisir : il s'agit de former et de rémunérer les infirmières qui veulent s'impliquer dans cette mission nouvelle. Nous devons assurer la prise en charge des défunts dans des délais les plus courts possible.

M. le président. La parole est à Mme Annie Le Houerou, sur l'article.

Mme Annie Le Houerou. Je tiens à saluer, dans la continuité de la précédente intervention, cette disposition tendant à élargir les pouvoirs de prescription des infirmières, en particulier pour ce qui concerne les constats de décès.

Pouvoir contacter un médecin au moment, difficile, du décès n'est pas évident. Quant à la formalité du constat de décès, elle s'inscrit dans un contexte très délicat et doit être accomplie très rapidement, dans de meilleures conditions qu'actuellement.

Compte tenu de la pénurie de médecins, qui a été rappelée, l'entourage doit attendre durant de nombreuses heures, voire des journées entières. Ce partage de compétence avec les médecins est donc nécessaire.

Les infirmières, grâce à leur présence quotidienne au domicile des patients, sont en première ligne pour évaluer leurs besoins. S'agissant notamment des personnes âgées, le suivi infirmier est central pour les accompagner et pour faire face aux enjeux du vieillissement.

Les nombreux cas de polyopathologies ainsi que les difficultés de cicatrisation sont des exemples types de besoins de renouvellement d'ordonnance qui peuvent être compliqués, précisément à cause de la nécessité de solliciter un médecin.

Permettre aux infirmières de prolonger les prescriptions aurait pour avantage de désengorger les salles d'attente des médecins généralistes, de libérer du temps médical et d'améliorer la réponse aux besoins des patients. Cela empêcherait, en outre, que les médecins surévaluent les besoins des patients dans les prescriptions initiales, une pratique destinée à éviter que les patients ne reviennent trop souvent les consulter.

C'est pourquoi nous avons déposé un amendement visant à élargir les compétences de prescription des infirmières au renouvellement des substituts nicotiniques, des solutions et produits antiseptiques, du sérum physiologique à prescription médicale facultative, des perfusions en cas de déshydratation, des compléments alimentaires, des chaussures thérapeutiques, des coussins de positionnement ou anti-escarres, ainsi que des fauteuils coquilles.

Une telle disposition permettrait de conforter le soutien à domicile, tout en évitant la dégradation de l'état de santé de nombreuses personnes, notamment âgées.

L'amendement que nous avons proposé ayant été déclaré irrecevable, je souhaitais insister particulièrement sur ce sujet.

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 155 est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 1333 est présenté par le Gouvernement.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Rédiger ainsi cet article :

I. – Le premier alinéa de l'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ce certificat attestant le décès peut également être établi par un infirmier diplômé d'État volontaire, dans des conditions fixées par décret pris après avis du Conseil national de l'ordre des infirmiers. »

II. – La sous-section 5 de la section 2 du chapitre 2 du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 162-12-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-12-5. – Par dérogation aux articles L. 162-12-2 et L. 162-14-1, les frais relatifs à l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès mentionné au premier alinéa de l'article L. 2223-42 du code général des collectivités territoriales sont pris en charge par l'assurance maladie ou la branche autonomie dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »

La parole est à Mme la rapporteure, pour présenter l'amendement n° 155.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Nous avons adopté très largement l'année dernière, lors de la discussion de la proposition de loi, dite loi Valletoux, visant à améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels, l'élargissement de l'expérimentation de la signature des certificats de décès à domicile par des infirmiers, sur la base du volontariat et en cas de mort non violente.

Cette expérimentation s'achèvera en avril 2025. Il est important, au regard des retours très positifs, de la pérenniser.

Tel est l'objet de cet amendement, qui vise également à prévoir que les frais relatifs à l'examen nécessaire à l'établissement du certificat de décès sont, par dérogation aux dispositions régissant les conventions professionnelles des infirmiers, pris en charge par l'assurance maladie ou la branche autonomie dans des conditions fixées par arrêté.

Je remercie Mme la ministre d'avoir déposé un amendement similaire.

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour présenter l'amendement n° 1333.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Cet amendement qui assure la recevabilité du vôtre, madame la rapporteure, vise à mettre en œuvre cette mesure attendue, qui sera très utile sur l'ensemble du territoire.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 155 et 1333.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, l'article 16 *bis* est ainsi rédigé, et l'amendement n° 601 rectifié est sans objet.

Article 16 *ter* (nouveau)

① I. – Après l'article L. 162-1-7-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 161-1-7-5 ainsi rédigé :

② « *Art. L. 162-1-7-5.* – Le ministre chargé de la santé établit chaque année une liste de mesures prioritaires destinées à améliorer la pertinence des soins dispensés aux assurés. Ce document est transmis aux commissions compétentes de l'Assemblée nationale et du Sénat au plus tard le 15 septembre. Il comporte des objectifs chiffrés, assortis d'indicateurs, pour améliorer la pertinence des soins et pour mettre fin au remboursement d'actes et de prestations réalisés en dehors des indications scientifiques ou des recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de santé. Il inclut également un bilan des mesures de pertinence prises ou poursuivies l'année précédente. »

③ II. – Au plus tard le 15 juillet 2025, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant l'application des III à IX de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. Ce rapport rend compte des travaux réalisés par le Haut Conseil des nomenclatures, chargé de décrire et de hiérarchiser les actes en vue de leur remboursement. Il émet des propositions pour améliorer la réactivité des travaux du haut conseil, de façon à renforcer la pertinence des actes et des prestations remboursés par la sécurité sociale.

M. le président. L'amendement n° 1129, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, M. Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Anne Souyris.

Mme Anne Souyris. L'article 16 *ter* étant une demande de rapport déguisée, je suis surprise que la commission n'ait pas souhaité le supprimer...

Par ailleurs, sa rédaction n'est pas assez précise. Il ouvre en effet la porte à la fin du « remboursement d'actes et de prestations réalisés en dehors des indications scientifiques ou des recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de santé ».

Ce sont les termes « indications scientifiques » qui posent problème, parce qu'ils ne sont utilisés nulle part dans le code de la santé publique et qu'ils créent un flou plus qu'ils ne désignent des faits scientifiques.

Rappelons que la HAS produit des avis fondés sur une revue de la littérature, comme il est d'usage pour une telle autorité. Ses avis présentent donc un état de la recherche scientifique qui permet de nous éclairer à un moment donné.

À la lecture du présent article, on est fondé à s'interroger sur ce que peuvent être les « indications scientifiques » mentionnées. Par exemple, si un certain médecin exerçant au sein de l'institut hospitalo-universitaire (IHU) de Marseille devait publier une étude, celle-ci serait-elle considérée comme une indication scientifique suffisamment sûre pour nous conduire à dérembourser des actes ?

Plus récemment, nous avons vu, ici même, à quel point certains décideurs politiques avaient une approche parfois idéologique de la science lorsqu'ils se fondent sur quelques études isolées pour défendre, par exemple, l'interdiction d'actes de transition pour les mineurs trans, sans même attendre l'avis de la HAS !

Voilà pourquoi nous vous proposons de supprimer cet article 16 *ter* qui prête, pour le moins, à confusion.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Le présent article prévoit la transmission de deux rapports au Parlement.

Il s'agit, d'une part, d'un rapport sur l'avancée des travaux du Haut Conseil des nomenclatures (HCN) et, d'autre part, d'un rapport annuel présentant une liste d'actions prioritaires en matière de pertinence des soins.

La commission a souhaité supprimer la transmission du premier de ces rapports, au motif notamment que les travaux importants, voire titanesques – la révision complète de plus de 13 000 actes présents dans la classification commune des actes médicaux –, qui ont été confiés au HCN par le législateur avancent conformément au calendrier prévu et devraient s'achever à la fin de 2025.

La commission a, en revanche, estimé nécessaire que soit inscrite dans la loi la transmission d'une liste annuelle d'actions prioritaires en matière de pertinence des soins. Ce document pourrait constituer un élément important de l'information des parlementaires, en amont de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale. Nous souhaitons que cette liste puisse constituer une véritable feuille de route présentée par le Gouvernement au Parlement.

Je demande donc le retrait de l'amendement n° 1129 ; à défaut, l'avis sera défavorable.

Monsieur le président, le présent avis de la commission vaut présentation des amendements suivants n° 1347 et 156 de la commission.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 1129 ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1129.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1347, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 2, dernière phrase

Remplacer les mots :

de pertinence

par les mots :

destinées à améliorer la pertinence des soins

Cet amendement a déjà été défendu.

Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1347.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 156, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 3

Supprimer cet alinéa.

Cet amendement a également été défendu.

Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Cet amendement vise à supprimer la transmission du rapport portant sur les travaux du HCN.

Conformément aux engagements pris dans la convention médicale, une étape de valorisation tarifaire de cette nouvelle classification interviendra par la suite.

Nous avons fait le choix de reprendre cet amendement, voté par l'Assemblée nationale, dans le texte transmis au Sénat. Un tel rapport est en effet susceptible de fournir une analyse de la réforme de la classification commune.

Je demande, pour cette raison, le retrait de cet amendement ; à défaut, l'avis sera défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 156.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 16 *ter*, modifié.

*(L'article 16 *ter* est adopté.)*

Après l'article 16 *ter*

M. le président. L'amendement n° 20 rectifié, présenté par Mme N. Goulet, MM. Canévet, Kern, Henno, Laugier, Longeot et S. Demilly, Mme Saint-Pé, M. Bitz, Mme Sollow, MM. Bonneau et Lafon, Mme Perrot, MM. Levi et Delahaye, Mme Jacquemet, MM. Pillefer, Menonville, Maurey et Courtial et Mmes Romagny et Antoine, est ainsi libellé :

Après l'article 16 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au dernier alinéa de l'article L. 160-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « d'un an » sont remplacés par les mots : « de trois mois ».

La parole est à M. Olivier Henno.

M. Olivier Henno. Il est défendu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La loi prévoit, depuis 2017, une période transitoire maximale d'un an avant la fin des droits à l'assurance maladie pour les personnes dont la situation n'est plus régulière en France.

Un décret de 2020 limite cette période à six mois suivant l'expiration du document autorisant le séjour sur le territoire français. Cette période transitoire a été mise en place pour limiter les allers-retours entre le régime général et l'AME.

En effet, après le début de leur séjour irrégulier, il est fréquent que des personnes voient leur situation de nouveau régularisée. Ces régularisations ont souvent lieu au-delà de trois mois après la fin de la validité du titre de séjour. Il me paraît opportun non pas de réduire encore cette durée, mais plutôt de mettre en place les dispositifs permettant de respecter effectivement ce délai de six mois, afin de ne pas maintenir dans ce cadre transitoire dérogatoire des personnes qui devraient relever de l'AME.

Je demande donc le retrait de l'amendement ; à défaut, l'avis sera défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Même avis.

M. le président. La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge, pour explication de vote.

Mme Raymonde Poncet Monge. Cet amendement fait tout de même un peu fi des difficultés de renouvellement des titres de séjour qui sont exogènes aux personnes concernées.

Cela me fait penser à la prolongation de l'autorisation de travailler. L'une de nos collègues ne manque jamais de rappeler qu'elle a été employeur... Ce fut aussi mon cas, et j'ai dû intervenir à plusieurs reprises à cet égard, parce que, de rendez-vous en rendez-vous, la préfecture n'y était pas – justement ! – au rendez-vous...

Il faut donc laisser du temps ; à défaut, en effet, il y aura des allers-retours entre le régime général et l'AME. Pour ceux qui souhaitent supprimer celle-ci, ce n'est pas un souci ; mais ceux qui veulent la maintenir ne sauraient accepter ces va-et-vient, qui représentent du travail supplémentaire, alors même que les services de l'État ne sont déjà pas toujours en mesure de respecter les délais.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 20 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 203, présenté par M. Hochart, est ainsi libellé :

Après l'article 16 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 161-1-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 161-1-4-... ainsi rédigé :

« Art. L. 161-1-4- – La fraude avérée aux prestations sociales engendre la suspension immédiate du versement de toutes prestations et leur remboursement.

« Le fait de se rendre coupable, sciemment, de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir, ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations ou des allocations de toute nature, liquidées et versées par les organismes de protection sociale, qui ne sont pas dues, est puni d'une amende dont le montant correspond au quintuple desdites prestations ou allocations indûment versées, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, le cas échéant.

« En cas de récidive, le contrevenant se voit privé de ses droits aux prestations et allocations de toute nature visées au premier alinéa pour une durée de cinq ans. Cette privation de droit devient définitive à la seconde récidive. »

La parole est à M. Joshua Hochart.

M. Joshua Hochart. Cet amendement vise à renforcer la lutte contre la fraude sociale, estimée à 13 milliards d'euros en 2023, en introduisant – enfin ! – des sanctions fermes et dissuasives.

La fraude aux prestations sociales constitue une atteinte grave aux finances publiques et au principe de solidarité. Chaque euro fraudé est un euro qui ne bénéficie pas à ceux qui en ont réellement besoin et cela sape la confiance des citoyens dans notre système de protection sociale.

La mesure proposée tend à prévoir la suspension immédiate du versement des prestations en cas de fraude avérée, ainsi que le remboursement intégral des sommes indûment perçues. Cette action rapide permettrait de stopper les abus et de récupérer les fonds publics détournés.

En outre, l'amendement vise à instaurer une amende correspondant à cinq fois le montant des prestations frauduleusement obtenues, une sanction proportionnée à la gravité de l'infraction.

Pour les récidivistes, les sanctions seraient encore plus sévères : privation des droits aux prestations pour une durée de cinq ans, puis définitivement en cas de seconde récidive.

Ces mesures visent à dissuader toute tentative de fraude et à affirmer la fermeté des institutions. Le renforcement de ces mécanismes de contrôle est essentiel pour protéger les ressources publiques et garantir une répartition équitable des aides.

Adopter cet amendement, c'est affirmer notre engagement à préserver l'intégrité du système de protection sociale et à défendre les intérêts des citoyens honnêtes.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement, outre qu'il instaure une amende correspondant au quintuple des prestations indûment versées, vise également à suspendre, en cas de récidive, le versement de toute prestation ou allocation pendant cinq ans, puis de manière définitive en cas de nouvelle récidive.

La lutte contre la fraude doit être un axe majeur de nos politiques publiques, mais la proportionnalité et l'applicabilité des peines proposées au travers de cet amendement sont loin d'être assurées.

L'avis est donc défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 203.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 25 rectifié, présenté par Mmes Sollogoub, Guidez et Demas, M. J.P. Vogel, Mme Jacquemet, MM. Chasseing, S. Demilly, Meignen et Fialaire, Mme O. Richard et MM. Delcros et Courtial, est ainsi libellé :

Après l'article 16 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le II de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les ordres professionnels des professions de santé mentionnées à l'article L. 162-1-13 du code de la sécurité sociale. »

La parole est à Mme Jocelyne Guidez.

Mme Jocelyne Guidez. Cet amendement vise à ce que les ordres professionnels disposent, comme les conseils nationaux professionnels mentionnés à l'article L. 4021-3 du code de la santé publique et les associations d'usagers agréées au titre de l'article L. 1114-1 du même code, de la compétence permettant de solliciter directement l'évaluation des actes par la Haute Autorité de santé, en vue de leur inscription dans les nomenclatures existantes.

En effet, les ordres professionnels disposent d'une expertise approfondie des pratiques médicales et paramédicales et des réalités du terrain. Ils sont particulièrement bien placés pour identifier les besoins d'évaluation des actes médicaux et paramédicaux. Permettre à ces ordres de déposer des demandes d'évaluation auprès de la HAS garantirait des décisions plus adaptées aux évolutions des pratiques et aux compétences des professionnels de santé.

Cette nouvelle compétence accordée aux ordres renforcerait l'efficacité des évaluations, assurerait une meilleure adéquation entre les actes inscrits et les besoins réels des praticiens et contribuerait à améliorer la qualité des soins dans l'intérêt des patients.

Si vous en étiez d'accord, monsieur le président, je pourrais présenter dès à présent l'amendement suivant.

M. le président. Tout à fait, ma chère collègue.

J'appelle donc en discussion l'amendement n° 24 rectifié, présenté par Mmes Sollogoub, Guidez et Demas, M. J. P. Vogel, Mmes Jacquemet et Saint-Pé, MM. Chasseing, S. Demilly, Meignen et Fialaire, Mme O. Richard et MM. Pointereau, Delcros et Courtial, et ainsi libellé :

Après l'article 16 *ter*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport détaillant l'impact et l'évaluation du système de cotation des soins appliqué par les infirmiers diplômés d'État libéraux. Ce rapport détaille notamment les erreurs de cotations constatées par l'assurance maladie et leurs origines, le recensement de tous les actes prescrits sans possibilité de cotation, l'évolution des actes prescrits en lien avec la prise en charge des pathologies en développement, le coût de gestion systémique de la nomenclature et l'effet de la nomenclature sur la durée de vie professionnelle des infirmiers libéraux.

Veuillez poursuivre, ma chère collègue.

Mme Jocelyne Guidez. Les infirmiers libéraux diplômés d'État se heurtent, pour la rémunération de leurs actes, à une nomenclature qui constitue un poids significatif dans l'exercice de leur profession.

Les problèmes créés par cette nomenclature sont de plusieurs ordres : non-reconnaissance de certains actes prescrits par les médecins ; complexité entraînant des erreurs de facturation et des recours de l'assurance maladie pour recouvrir ce qui est considéré comme un dû ; cotation différente d'un même acte selon la situation du patient au regard de sa pathologie et de son niveau de prise en charge ; coût significatif des logiciels de facturation liés à la complexité de la nomenclature.

Ces difficultés pèsent sur les professionnels et sur la qualité de la prise en charge des patients. Dans un contexte de pénurie médicale ainsi que de développement des stratégies de glissement de tâches et de l'exercice coordonné, cette nomenclature constitue un frein à l'évolution du système de santé.

Il est urgent qu'une évaluation du système de cotation soit réalisée. La nomenclature doit être adaptée à la réalité des actes de soins à accomplir et ne doit pas favoriser l'épuisement professionnel.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur les amendements n° 25 rectifié et 24 rectifié ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Sur l'amendement n° 25 rectifié, la commission s'en remet à la sagesse du Sénat.

Il me semble en effet pertinent que les ordres professionnels puissent saisir la HAS afin que cette dernière procède à l'évaluation du service attendu, ou du service rendu, d'un acte ou d'une prestation.

Il s'agit, en outre, d'une simple proposition faite à la Haute Autorité de santé, laquelle reste, bien sûr, maîtresse de son programme d'évaluation.

Par ailleurs, je rappelle que les associations d'usagers figurent déjà au rang des instances pouvant solliciter la HAS.

L'avis est défavorable, en revanche, sur l'amendement n° 24 rectifié, non pas tant parce qu'il vise à demander un rapport, mais parce que nous avons adopté, à l'article 15 *quinquies*, le principe de la transmission d'un rapport touchant à peu près le même sujet.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Pour ce qui concerne l'amendement n° 25 rectifié, je tiens à rappeler que le calendrier de travail de la HAS est d'ores et déjà extrêmement chargé.

Les ordres professionnels pourraient tout à fait solliciter les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les conseils nationaux professionnels ou encore les associations de patients. Pour ce qui me concerne, si les représentants d'un ordre professionnel venaient me voir pour solliciter une évaluation, je pourrais me faire l'intermédiaire entre cet ordre et la HAS.

J'émet donc un avis défavorable sur cet amendement.

Sur l'amendement n° 24 rectifié, je partage l'avis de Mme la rapporteure – nous en avons longuement parlé ce matin – : avançons d'abord sur la réglementation ; nous envisagerons ensuite l'évolution de la nomenclature.

L'avis est donc défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Jocelyne Guidez.

Mme Jocelyne Guidez. Monsieur le président, je souhaite maintenir l'amendement n° 25 rectifié et je retire l'amendement n° 24 rectifié.

M. le président. L'amendement n° 24 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 25 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 16 *ter*.

Article 17

① I. – Les deux derniers alinéas de l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale sont remplacés par douze alinéas ainsi rédigés :

② « Les frais d'un transport effectué par une entreprise de taxi ne peuvent donner lieu à remboursement que si cette entreprise a préalablement conclu une convention avec un organisme local d'assurance maladie. Cette convention, conclue pour une durée au plus égale à cinq ans, est conforme à une convention cadre nationale à laquelle est annexée une convention type qui détermine, pour les prestations relatives au transport de patients en taxi conventionné :

③ « 1° Les conditions de réalisation des transports ;

④ « 2° Les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance de frais ;

⑤ « 3° Les conditions, relatives aux besoins territoriaux de transport des patients, subordonnant l'accès et le maintien du conventionnement des entreprises de taxi, qui peuvent être adaptées au niveau local ;

⑥ « 4° Les montants forfaitaires facturables par trajets, qui peuvent être différents selon les départements ;

⑦ « 5° Les tarifs kilométriques facturables, qui peuvent être différents selon les départements ;

⑧ « 6° Les suppléments facturables, notamment pour le transport de personnes à mobilité réduite et, le cas échéant, les conditions de facturation de suppléments locaux ;

⑨ « 7° Les règles de facturation et de tarification des transports partagés ;

⑩ « 8° Les dispositifs d'aides à l'équipement des taxis conventionnés ;

⑪ « 9° Les conditions d'évolution des tarifs mentionnés aux 4° à 7° sur la période de validité de la convention.

⑫ « Conformément à la convention cadre nationale, la convention conclue entre les entreprises de taxis et l'organisme local d'assurance maladie précise, le cas échéant, les éléments mentionnés aux 3° à 7, applicables sur le territoire concerné. L'entreprise de taxi conventionnée ne peut facturer, pour un transport de patient, que les frais définis dans la convention locale précitée. À défaut, les sanctions prévues à l'article L. 1111-3-5 du code de la santé publique lui sont applicables, dans les conditions prévues au même article L. 1111-3-5.

⑬ « La convention cadre nationale est établie par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives du secteur, et approuvée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elle est réputée approuvée si les ministres n'ont pas fait connaître au directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie leur opposition dans le délai de vingt et un jours à compter de la réception du texte. »

⑭ II. – Les conventions conclues par l'organisme local d'assurance maladie avec les entreprises de taxi avant l'entrée en vigueur de la présente loi demeurent applicables pendant un délai de deux mois à compter de la publication de la convention cadre nationale.

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements identiques.

L'amendement n° 310 est présenté par Mme Lermytte, M. Chasseing et Mme Bourcier.

L'amendement n° 354 rectifié *bis* est présenté par Mme Devésa, MM. Bleunven et Fouassin, Mme de La Provôté, MM. Canévet, Wattebled, Pillefer, Courtial, V. Louault et Mandelli et Mme Sollogoub.

L'amendement n° 969 est présenté par Mmes Brulin, Apourceau-Poly, Silvani et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky.

L'amendement n° 1203 rectifié *bis* est présenté par MM. Pellevat et Meignen, Mme Dumont, MM. J. B. Blanc, Panunzi et Chatillon, Mme Belrhiti et MM. Paul et Gremillet.

Ces quatre amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

Les amendements n° 310 et 354 rectifié *bis* ne sont pas soutenus.

La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly, pour présenter l'amendement n° 969.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Cet amendement vise à supprimer du PLFSS cet article qui pénalise directement les patients, notamment ceux qui vivent dans les zones où l'accès au transport sanitaire est déjà extrêmement compliqué.

Plutôt que d'introduire une mesure contraignante et inadaptée, il serait plus pertinent de réformer en profondeur l'offre de transport sanitaire en traitant les inégalités territoriales, les monopoles locaux et les difficultés de financement.

Il est prévu à l'article 17 de transférer à la sécurité sociale la responsabilité du conventionnement des taxis. Or cette compétence relève d'ores et déjà du directeur de l'ARS – une mission restée d'ailleurs lettre morte, faute de publication des décrets d'application. Pourquoi déplacer cette compétence, alors que les outils existants ne sont même pas pleinement utilisés ?

Par ailleurs, le fait de confier à la sécurité sociale le pouvoir exclusif de fixer les bases tarifaires risque d'accentuer la pression exercée sur les transporteurs, déjà soumis à des tarifs réglementés, et cela aurait une répercussion directe sur l'accès aux soins des patients.

Cet article, loin d'apporter des solutions, aggrave les inégalités d'accès aux soins. Nous ne devons pas pénaliser davantage les patients et les professionnels qui les accompagnent !

M. le président. L'amendement n° 1203 rectifié *bis* n'est pas soutenu.

Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 969 ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Le contexte actuel, marqué par un fort dynamisme des dépenses de transport sanitaire avec 9 % de croissance du secteur en 2023, doit inciter l'assurance maladie, qui s'est du reste déjà emparée du sujet, à poursuivre ses efforts de maîtrise de la dépense.

La commission a jugé que les dispositions de l'article 17, en permettant à l'assurance maladie de mieux réguler la répartition territoriale de l'offre et les tarifs remboursables au titre des transports en taxi, favoriseraient utilement la poursuite de tels efforts.

Elle alerte néanmoins sur le renforcement des conditions d'accès au conventionnement pour les taxis. Elle n'a pas supprimé ces dispositions, estimant qu'elles pouvaient être utiles dans les territoires particulièrement bien dotés, mais il ne faut pas oublier que les taxis jouent un rôle déterminant dans l'accès territorial aux soins, notamment dans les territoires ruraux.

En tout état de cause, l'avis est défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieusecq, ministre. L'article 17 tend à élargir les critères pouvant être pris en compte en matière de conventionnement des taxis pour améliorer l'adéquation entre l'offre et la demande. Ces critères sont aujourd'hui limités à la détention de l'autorisation de stationnement ; il peut y en avoir d'autres.

Cet article permettra de mieux définir les éléments économiques et organisationnels du dispositif.

En outre, il interdit toute facturation de gré à gré au-delà des tarifs négociés avec l'assurance maladie. Un tel garde-fou est de nature à protéger les patients.

Pour ces raisons, je demande le retrait de cet amendement ; à défaut, l'avis sera défavorable.

M. le président. Madame Apourceau-Poly, l'amendement n° 969 est-il maintenu ?

Mme Cathy Apourceau-Poly. Oui, monsieur le président.

M. le président. Je le mets aux voix.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe Les Républicains.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable, de même que celui du Gouvernement.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

M. le président. Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à constater le résultat du scrutin.

(Mmes et MM. les secrétaires constatent le résultat du scrutin.)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 71 :

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

Le Sénat n'a pas adopté.

L'amendement n° 157 rectifié, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 1

Remplacer cet alinéa par cinq alinéas ainsi rédigés :

– Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

...° À la fin du 5° de l'article L. 16-10-1, la référence : « L. 322-5 » est remplacée par la référence : « L. 322-5-2-1 » ;

...° Au a du 1° du II de l'article L. 162-31-1, la référence : « L. 322-5 » est remplacée par la référence : « L. 322-5-2-1 » ;

...° Les deux derniers alinéas de l'article L. 322-5 sont supprimés ;

...° Après l'article L. 322-5-2, il est inséré un article L. 322-5-2-1 ainsi rédigé :

II. – Alinéa 2, au début

Insérer la référence :

Art. L. 322-5-2-1. –

III. – Après l'alinéa 13

Insérer quatre alinéas ainsi rédigés :

...° À la fin de l'article L. 322-5-5, les mots : « aux articles L. 322-5 et L. 322-5-2 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 322-5-2-1 ».

– Le code des transports est ainsi modifié :

...° Au 3° de l'article L. 3141-1, la référence : « L. 322-5 » est remplacée par la référence : « L. 322-5-2-1 » ;

...° Au b du 1° de l'article L. 3161-1, la référence : « L. 322-5 » est remplacée par la référence : « L. 322-5-2-1 ».

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement de coordination juridique vise à rassembler les dispositions relatives au conventionnement des taxis dans un article distinct du code de la sécurité sociale. L'exercice n'est pas simple, mais cela me semble important.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Madame la rapporteure, je comprends votre volonté de rassembler ces dispositions en un seul article, mais l'adoption de cet amendement entraînerait des difficultés pratiques.

Elle imposerait notamment de prendre de très nombreux décrets d'application et ce serait une charge très lourde pour les services de mon ministère. Je crains que cela ne crée finalement des problèmes concrets de remboursement pour les patients.

Je vous propose de travailler de nouveau sur ce sujet dans le cadre de la navette ou d'un autre véhicule législatif.

Le Gouvernement demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, l'avis sera défavorable.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Nous le maintenons pour l'examiner lors de la navette !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 157 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 158, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 2, seconde phrase

Remplacer le mot :

qui

par les mots :

. La convention cadre nationale

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Il s'agit d'un amendement rédactionnel, monsieur le président.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Le Gouvernement émet un avis favorable sur cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 158.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 205 rectifié *ter* est présenté par M. Parigi, Mme Billon, MM. Laugier et Longeot, Mme de La Provôté, MM. Levi et Fargeot, Mmes Patru et Antoine, M. Duffourg et Mme O. Richard.

L'amendement n° 1278 rectifié est présenté par Mme Nadille, M. Omar Oili, Mme Perrot, MM. Buis et Buval, Mmes Schillinger, Ramia et Duranton et M. Fouassin.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par les mots :

en tenant compte des difficultés d'accès aux soins et de l'offre de transports sanitaires dans chaque département, et dans chaque département et territoire d'outre-mer

L'amendement n° 205 rectifié *ter* n'est pas soutenu.

La parole est à Mme Solanges Nadille, pour présenter l'amendement n° 1278 rectifié.

Mme Solanges Nadille. L'article 17 vise à modifier les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les entreprises de taxi, afin de mieux réguler la hausse des tarifs de ces derniers.

Toutefois, l'instauration d'une convention-cadre nationale n'est pas adaptée aux disparités de l'offre de transports sanitaires entre les territoires.

Malgré les adaptations prévues à l'échelon local, une telle recentralisation des négociations conventionnelles risque de porter préjudice aux patients issus de territoires où l'offre de transports sanitaires est peu importante, qui sont par ailleurs souvent déjà confrontés à des difficultés d'accès aux soins.

À titre d'exemple, si l'on compte en moyenne 58,7 taxis pour 100 000 habitants en France, nous en sommes à 6 à Mayotte contre 249 à Paris. Les inégalités d'accès à ce mode de transport sont donc importantes.

Par conséquent, nous proposons que les conventions tiennent compte des difficultés d'accès aux soins et de l'offre de transports sanitaires dans chaque département et territoire d'outre-mer.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Il est bien sûr absolument nécessaire de différencier les règles relatives aux taxis sanitaires en fonction des territoires.

Toutefois, cet amendement me semble satisfait : l'article 17 prévoit déjà que les tarifs, les suppléments facturables et les conditions du conventionnement soient modulés en fonction des circonstances locales.

Seules ne sont pas explicitement définies en fonction des territoires les conditions de réalisation et de facturation des transports, ainsi que les aides à l'équipement. Il ne semble pas utile de moduler ces éléments localement. Du reste, ils ne varient pas non plus dans la convention des transporteurs sanitaires.

La commission demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, l'avis sera défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Les négociations conventionnelles seront départementales, donc adaptées en fonction des spécificités territoriales.

Le Gouvernement demande le retrait de cet amendement ; à défaut, l'avis sera défavorable.

M. le président. Madame Nadille, l'amendement n° 1278 rectifié est-il maintenu ?

Mme Solanges Nadille. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 1278 rectifié est retiré.

Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 705, présenté par Mmes Poumirol et Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, MM. Fichet et Jomier, Mmes Lubin et Rossignol, MM. Bourgi et Ros, Mmes Linkenheld et Narassiguin, MM. Ziane et Lurel, Mme Bélim, M. Féraud, Mme Harribey, M. Gillé, Mme Brossel, MM. Fagnen et Chantrel, Mme Conway-Mouret, MM. Darras, Michau, Méryllou et Montaugé, Mme Bonnefoy, M. Roiron, Mme Blatrix Contat, MM. Jeansannetas, Vayssouze-Faure et M. Weber, Mmes Monier et G. Jourda, MM. P. Joly, Marie, Tissot, Durain et Chaillou, Mme Artigalas, MM. Redon-Sarrazy, Ouizille, Pla, Uzenat et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 5

Après le mot :

patients

insérer les mots :

et aux spécificités des zones rurales et des zones sous-dotées en transports sanitaires

La parole est à Mme Émilienne Poumirol.

Mme Émilienne Poumirol. Le problème est double : d'une part, les frais de transport, en particulier en taxi, augmentent de manière dynamique ; d'autre part, il faut maintenir des transports en zones rurales, zones qui sont souvent sous-dotées en professionnels de santé.

Les transports sanitaires, qui ont coûté 6 milliards d'euros en 2022, sont remboursés à hauteur de 93,3 %. Ce taux est bien supérieur à ce qui se fait pour les médicaments ou les soins de manière générale.

En particulier, les dépenses consacrées aux transports sanitaires réalisés en taxi ont très fortement augmenté ces dernières années. Elles atteignent des niveaux records :

2,9 milliards d'euros ont été remboursés à ce titre par l'assurance maladie en 2023. Leur croissance a été de 36 % entre 2019 et 2023 et de 11 % entre 2022 et 2023.

Pour les ambulances et les véhicules sanitaires légers (VSL), des règles contraignantes encadrent l'usage des locaux, la formation et la composition des équipages, la vaccination des personnels ou encore les équipements.

A contrario, les règles qui encadrent les taxis conventionnés sont minimales, ainsi que la Cour des comptes l'a souligné dans ses rapports sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

La Cour des comptes parle d'un système où la régulation est largement défailante. Les taxis sanitaires ne font ainsi l'objet d'aucun suivi qualitatif structuré, alors qu'ils coûtent plus cher que les transports en VSL. À titre d'exemple, dans mon département, un trajet de 30 kilomètres coûte 56 euros en taxi conventionné, contre 43 euros en VSL.

Il faut harmoniser les moyens et les pratiques, en soumettant les taxis à un même contrat d'objectifs et de moyens que les ambulances. Il faut en outre contrôler l'application des règles du conventionnement, en instaurant notamment des obligations en matière de géolocalisation.

Il faut également insister sur la nécessité de conserver des transports dans les zones rurales, où en raison de la désertification médicale l'accès aux soins est déjà plus difficile.

M. le président. L'amendement n° 1127, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, M. Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

Alinéa 5

Après le mot :

patients

insérer les mots :

et aux spécificités des territoires sous-dotés en transports sanitaires

La parole est à Mme Anne Souyris.

Mme Anne Souyris. L'article 17 a pour but de mieux encadrer les négociations entre les entreprises de taxis et l'assurance maladie, en leur fixant un cadre national.

Nous soutenons cette proposition visant à mieux réguler le secteur, mais elle risque de ne pas tenir compte des disparités profondes qui existent entre nos territoires en matière de transports sanitaires.

Les aménagements proposés ne sont pas suffisants. Aujourd'hui, les différences entre les zones urbaines et rurales ou entre l'Hexagone et l'outre-mer sont flagrantes. Cela a déjà été indiqué, si on compte en moyenne 58 taxis pour 100 000 habitants en France, ce taux chute à 6 pour 100 000 à Mayotte et grimpe à 249 pour 100 000 à Paris.

Dans les zones rurales, où les trajets peuvent être longs et où les services de santé sont souvent éloignés, les taxis conventionnés sont essentiels, car ils sont parfois presque les seuls à réaliser les transports sanitaires.

Ces professionnels jouent, en particulier pour des personnes âgées ou à mobilité réduite, le rôle d'un lien vital avec les établissements de santé.

Le présent amendement vise ainsi à indiquer dans la convention-cadre nationale qu'il est nécessaire de considérer les spécificités des territoires les moins bien dotés en transports sanitaires, afin de leur porter une attention particulière et de prendre en compte leurs singularités et leurs besoins spécifiques.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Il faut le souligner, les taxis sanitaires jouent un rôle décisif dans l'accès aux soins.

Je comprends évidemment la volonté des auteurs de ces amendements. Il faudra en effet s'assurer que les mécanismes de conventionnement ne remettent pas en cause l'accès aux soins pour les Français.

Toutefois, la commission a estimé que la rédaction actuelle apportait des garanties suffisantes. L'article 17 prévoit déjà que « les conditions, relatives aux besoins territoriaux de transport des patients, subordonnant l'accès et le maintien du conventionnement des entreprises de taxi [...] peuvent être adaptées au niveau local ».

L'accès au conventionnement doit être moins contraint dans les zones rurales et dans les zones sous-dotées.

La commission demande donc le retrait de ces deux amendements ; à défaut, l'avis sera défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Nous proposons de fixer un cadre national, mais sa déclinaison se fera à l'échelle de chaque département entre les CPAM et les entreprises de taxi. Les spécificités départementales seront donc bien prises en compte.

La demande des auteurs de ces amendements me semble satisfaite. Le Gouvernement demande le retrait de ces amendements ; à défaut, l'avis sera défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour explication de vote.

Mme Émilienne Poumirol. Madame la ministre, je comprends que vous vouliez lutter contre les difficultés particulières qui se posent dans certains territoires. Nous connaissons ces sujets pour avoir beaucoup travaillé sur les déserts médicaux.

De mon côté, je veux insister sur la seconde partie de mon intervention précédente. Un taxi ne doit pas désinfecter son véhicule après avoir transporté un patient, au contraire d'un ambulancier conduisant un VSL. Les contraintes sont beaucoup plus grandes pour les ambulanciers que pour les taxis.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. C'est vrai !

Mme Émilienne Poumirol. Ce n'est pas normal, d'autant plus que les taxis bénéficient de tarifs plus élevés et qu'ils les renégocient chaque année avec les services de la préfecture. L'augmentation des tarifs des véhicules sanitaires, régie sur le plan national par une convention, évolue quant à elle beaucoup moins fréquemment.

Il faut être très vigilants sur ce sujet. Dans ma circonscription, qui n'est pourtant pas dans une zone désertique puisqu'elle est à une quinzaine de kilomètres du centre de Toulouse, on comptait huit taxis conventionnés il y a une quinzaine d'années ; désormais, il y en a vingt-huit. Ils pullulent ! Ce n'est sûrement pas un hasard.

M. le président. La parole est à Mme Laure Darcos, pour explication de vote.

Mme Laure Darcos. N'oublions pas que la situation diffère totalement selon les territoires. Les taxis sont parfois les seuls moyens de transport pour les malades.

Devant l'ubérisation de ce milieu professionnel, je plaide plutôt pour défendre nos taxis traditionnels, qui sont des artisans. *(Mme Cathy Apourceau-Poly acquiesce.)*

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 705.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1127.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 159, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 5

Remplacer le mot :

subordonnant

par les mots :

auxquelles sont subordonnés

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Il s'agit d'un amendement rédactionnel, monsieur le président.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 159.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1125, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, M. Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

Alinéa 6

Compléter cet alinéa par les mots :

et qui intègrent la course d'approche ainsi que le temps lié à l'attente d'un passager et l'aide à son installation

La parole est à Mme Anne Souyris.

Mme Anne Souyris. Il est indispensable que le conventionnement prenne en charge l'ensemble des frais liés au transport des patients, en particulier lorsque ceux-ci ont besoin d'un accompagnement humain.

Le vieillissement de la population est une réalité incontestable. Les personnes âgées, souvent atteintes de pathologies chroniques, ont de plus en plus besoin de réaliser des trajets réguliers entre leur domicile et les établissements de santé. Par ailleurs, les personnes en situation de handicap rencontrent également des difficultés de mobilité.

Nous devons garantir que les frais de transport des plus vulnérables soient correctement couverts. C'est une question de justice, de respect et de responsabilité vis-à-vis de celles et ceux pour qui ces services sont souvent, bien plus qu'un simple déplacement, la condition même de leur accès aux soins.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La rédaction du présent article prévoit déjà que la convention détermine les montants forfaitaires facturables, au sens large.

La commission estime donc que les partenaires conventionnels pourront évoquer le sujet des frais d'attente et d'approche s'ils l'estiment opportun, sans qu'il soit nécessaire de modifier la loi pour cela.

La commission demande le retrait de cet amendement ; à défaut, l'avis sera défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1125. *(L'amendement n'est pas adopté.)*

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 160 est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 1091 rectifié est présenté par M. Henno.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 10

Compléter cet alinéa par les mots :

, notamment pour l'acquisition d'outils permettant la géolocalisation des véhicules

La parole est à Mme la rapporteure, pour présenter l'amendement n° 160.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Le présent amendement vise à préciser que des aides à l'équipement peuvent être versées aux entreprises de taxi en vue de l'acquisition d'outils de géolocalisation.

Ces outils, déjà déployés sur plus de la moitié des véhicules sanitaires légers et des ambulances, concourent à l'efficacité du transport sanitaire et à la lutte contre la fraude.

M. le président. La parole est à M. Olivier Henno, pour présenter l'amendement n° 1091 rectifié.

M. Olivier Henno. Il s'agit de donner aux entreprises de taxi les moyens de répondre à nos exigences en matière de régulation.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 160 et 1091 rectifié.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. L'amendement n° 161 rectifié, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 10

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Les conditions de rémunération et de modulation de la rémunération des entreprises de taxis en vue de contribuer à la maîtrise des dépenses, au développement des transports partagés et à la lutte contre la fraude ;

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement vise à permettre à la convention-cadre nationale de définir des dispositifs de rémunération et de modulation de la rémuné-

ration pour inciter les entreprises de taxi à contribuer aux efforts de maîtrise des dépenses, de développement des transports partagés et de lutte contre la fraude.

La croissance rapide des dépenses de transport sanitaire, notamment de taxi, constatée ces dernières années rend indispensable le déploiement d'un effort collectif dans le sens d'une plus grande pertinence de la dépense.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 161 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 676, présenté par Mmes Conconne et Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès et Féret, MM. Fichet et Jomier, Mmes Lubin, Poumirol et Rossignol, MM. Bourgi et Ros, Mmes Linkenheld et Narassiguin, MM. Ziane et Lurel, Mme Bélim, M. Féraud, Mme Harribey, M. Gillé, Mme Brossel, MM. Fagnen et Chantrel, Mme Conway-Mouret, MM. Darras, Michau, Mérillou et Montaugé, Mme Bonnefoy, M. Roiron, Mme Blatrix Contat, MM. Jeansannetas et Vayssouze-Faure, Mme G. Jourda, M. M. Weber, Mme Monier, MM. P. Joly, Marie, Tissot, Durain et Chaillou, Mme Artigalas, MM. Redon-Sarrazy, Quizzle, Pla, Uzenat et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 12, après la première phrase

Insérer une phrase ainsi rédigée :

Elle détermine les conditions spécifiques d'application des conventions conclues par l'organisme local d'assurance maladie avec les entreprises de taxi dans les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution ainsi qu'à Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Saint-Pierre-et-Miquelon

La parole est à Mme Catherine Conconne.

Mme Catherine Conconne. L'une des caractéristiques de notre belle institution, le Sénat, c'est de réaliser de très beaux rapports. Souvent, qu'il s'agisse de commissions d'enquête ou de missions d'information, ces rapports connaissent des suites. Ainsi, nous examinerons au début de 2025 la proposition de loi visant à sortir la France du piège du narcotrafic.

J'ai la chance d'avoir été rapporteure d'une mission d'information sur la continuité territoriale outre-mer, aux côtés de Guillaume Chevrollier. Nous nous sommes rendus en Guadeloupe et en Guyane, où nous avons en particulier constaté les difficultés d'assurer la continuité territoriale en matière de santé, notamment pour le transport et l'évacuation des malades.

Le présent amendement va dans le droit fil de cette considération sur les affres de la continuité territoriale, dont ces deux territoires sont l'exemple.

L'article 17 prévoit de modifier les modalités de négociation conventionnelle. Nous demandons que les conventions conclues entre l'organisme local d'assurance maladie et les entreprises de taxi prennent en compte les conditions spécifiques qui s'appliquent dans ladite outre-mer.

Pour évacuer un malade de Maripasoula à Cayenne, il faut prendre la pirogue ou l'avion !

Mme Émilienne Poumirol. Eh oui !

Mme Catherine Conconne. Pour évacuer un malade de Marie-Galante à Pointe-à-Pitre, il faut prendre le bateau !

Il faut absolument veiller à ce que ces conventions prennent en compte les spécificités des pays relevant de l'article 73 de la Constitution. Le diable étant dans les détails, je préfère que cette précision soit inscrite dans la loi plutôt qu'on me dise plus tard qu'on avait oublié d'y penser...

M. le président. L'amendement n° 1279 rectifié, présenté par Mme Nadille, M. Omar Oili, Mmes Perrot et Schilling, MM. Buis et Buval et Mmes Ramia et Durant, est ainsi libellé :

I. – Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

– L'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Dans les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution, les frais d'un transport effectué par une entreprise de taxi ne peuvent donner lieu à remboursement que si cette entreprise a préalablement conclu une convention avec un organisme local d'assurance maladie. Cette convention, conclue pour une durée au plus égale à cinq ans, conforme à une convention type établie par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives du secteur, détermine, pour les prestations de transport par taxi, les tarifs de responsabilité. À l'exception de la tarification des transports partagés, ces tarifs de responsabilité ne peuvent excéder les tarifs des courses de taxis résultant de la réglementation des prix applicable à ce secteur. Cette convention définit les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance des frais. Elle peut également prévoir la possibilité de subordonner le conventionnement à une durée d'existence préalable de l'autorisation de stationnement.

« En conformité avec le précédent alinéa, l'organisme local d'assurance maladie refuse les demandes de conventionnement des entreprises de taxis lorsque le nombre de véhicules faisant l'objet d'une convention dans le territoire excède un nombre fixé par le directeur général de l'agence régionale de santé pour le territoire concerné sur le fondement de critères tenant compte des caractéristiques démographiques, géographiques et d'équipement sanitaire du territoire ainsi que du nombre de véhicules affectés au transport de patients. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par décret en Conseil d'État. »

II. – Pour compenser la perte de recettes résultant du I, compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

– La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du présent article est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

La parole est à Mme Solanges Nadille.

Mme Solanges Nadille. Dans le même sens que ma collègue de la Martinique, je souhaite, par cet amendement, adapter l'article 17 à la réalité des outre-mer.

Il ne paraît pas opportun de transférer à la sécurité sociale la compétence d'encadrer le conventionnement des taxis, car le directeur de l'ARS est déjà chargé de cette responsabilité.

Ce dernier est le mieux placé pour accomplir cette tâche, puisqu'il est également compétent pour réguler au niveau départemental l'installation des transports sanitaires, tels que les ambulances et les véhicules sanitaires légers.

Certes, il n'a jamais pu exercer cette compétence, car le décret d'application correspondant, pourtant prévu par l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale, n'a jamais été publié.

Par ailleurs, l'article 17 vise à modifier les modalités de fixation des tarifs conventionnels. Jusqu'à présent, ces tarifs étaient établis en appliquant une remise sur les tarifs préfectoraux des taxis, lesquels intègrent l'inflation et le prix des carburants.

Le présent article aurait pour conséquence de confier à la sécurité sociale le pouvoir exclusif de déterminer la base des tarifs des taxis, les professionnels du secteur craignant que cela les pénalise.

De plus, le dossier de presse du PLFSS pour 2025 montre une volonté d'harmoniser les tarifs du transport sanitaire. Or, bien que leurs activités soient proches, les professions concernées sont différentes tant du point de vue de la formation que de celui de l'exercice. Une rémunération uniformisée ne tenant pas compte de ces spécificités serait inappropriée.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Mes chers collègues, vous savez fort bien qu'il ne peut pas être question, au Sénat, d'oublier les outre-mer.

Pour autant, la rédaction de l'article 17 donne suffisamment de garanties pour moduler les conventions en fonction des réalités des territoires. Nous sommes tous attachés à leurs particularités, tant des territoires ruraux que des outre-mer.

Il est absolument nécessaire que les règles relatives aux taxis sanitaires soient différenciées en fonction des territoires et des besoins. Les garanties qui sont prévues sont suffisantes pour cela.

La commission demande donc le retrait de ces amendements ; à défaut, l'avis sera défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Des négociations de conventionnement auront lieu dans chaque département. Les spécificités de chacun seront donc bien prises en compte.

Madame la sénatrice, vous avez raison, un transport sanitaire entre Maripasoula et Cayenne n'a ni la même organisation ni le même coût qu'un transport entre Versailles et Paris.

Les amendements me paraissent donc satisfaits. Nous serons vigilants à la bonne application de cet article dans les territoires d'outre-mer.

Le Gouvernement demande le retrait de ces amendements ; à défaut, l'avis sera défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 676.

(Après une épreuve à main levée déclarée douteuse par le bureau, le Sénat, par assis et levé, n'adopte pas l'amendement.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1279 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1126, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, M. Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

Alinéa 13, première phrase

Après le mot :

secteur,

insérer les mots :

des collectivités territoriales et des associations locales d'usagers,

La parole est à Mme Anne Souyris.

Mme Anne Souyris. Lors de l'établissement de la convention-cadre nationale, il serait important de consulter les collectivités territoriales et les associations locales d'usagers pour assurer finement la différenciation entre les territoires.

Le salon des maires et des collectivités locales vient de s'achever et on a bien vu à cette occasion qu'une telle consultation est essentielle pour parvenir à une équité de traitement entre les territoires.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Aucune convention ne prévoit aujourd'hui une telle consultation. Il ne semble pas opportun de faire exception pour les entreprises de taxi, car cela pourrait inspirer d'autres professions...

En outre, la rédaction de cet amendement le rend en réalité inapplicable : il soumet la convention nationale à l'avis préalable de toutes les collectivités territoriales, et non seulement de l'Association des maires de France et des présidents d'intercommunalité, de Départements de France ou de Régions de France.

La commission demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, l'avis sera défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Madame la sénatrice, le recueil de l'avis des collectivités et associations d'usagers sur la convention-cadre nationale n'est pas adapté pour prendre en compte la diversité des territoires.

L'échelon local est celui auquel il est pertinent de recueillir les avis. Il me semble par exemple important d'associer les élus locaux, qui pourraient dans le cadre des contrats locaux de santé émettre un avis sur la couverture de leur bassin de vie par les taxis et ambulances. Mais l'échelon national de la convention-cadre n'est pas pertinent pour cela.

Le Gouvernement demande le retrait de cet amendement ; à défaut, l'avis sera défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1126.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 17, modifié.

(L'article 17 est adopté.)

Après l'article 17

M. le président. L'amendement n° 1130 n'est pas soutenu.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Je le reprends au nom de la commission, monsieur le président.

M. le président. Je suis donc saisi d'un amendement n° 1397, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, et ainsi libellé :

Après l'article 17

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 322-5-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 322-5-3. – I. – À compter du 1^{er} octobre 2025, toutes les entreprises de transport sanitaire devront équiper l'ensemble de leurs véhicules d'un dispositif de géolocalisation certifié par l'Assurance maladie et d'un système électronique de facturation intégré. »

Vous avez la parole pour le défendre, madame la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement, déposé par Mme Nathalie Goulet, vise à obliger les entreprises de transport sanitaire à équiper l'ensemble de leurs véhicules de dispositifs de géolocalisation certifiés par l'assurance maladie et de systèmes électroniques de facturation intégrés.

Ces deux dispositifs ont vocation à fiabiliser les données facturées par les transporteurs à l'assurance maladie, dans l'objectif d'améliorer les informations détenues par cette dernière, mais également de lutter contre la fraude.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Le Gouvernement émet un avis favorable sur cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1397.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 17.

Je suis saisi de deux amendements identiques et de quatre sous-amendements.

L'amendement n° 276 rectifié est présenté par Mmes Lassarade et Richer, MM. Lefèvre, Piednoir et Panunzi, Mmes Demas et Belrhiti, M. Genet, Mmes Malet et Micouleau, MM. Mandelli et Milon, Mme Petrus, MM. J.B. Blanc, Karoutchi et Belin, Mmes Bonfanti-Dossat, Dumont et P. Martin et MM. Bruyen, Gremillet et Saury.

L'amendement n° 1325 est présenté par le Gouvernement.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 17

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 6312-5 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les conditions mentionnées au présent article peuvent être distinctes pour les entreprises de transport sanitaire exerçant exclusivement une activité de transport sanitaire de personnes à mobilité réduite. »

La parole est à Mme Florence Lassarade, pour présenter l'amendement n° 276 rectifié.

Mme Florence Lassarade. Cet amendement vise à permettre aux entreprises proposant uniquement une offre de transport pour les personnes à mobilité réduite de déroger au cadre juridique qui s'applique au transport sanitaire et à sa prise en charge par l'assurance maladie.

J'ai été sollicitée par les élus du Médoc, en Gironde, où l'offre d'ambulances et de taxis est insuffisante. Des personnes qui sont en fauteuil roulant, souffrent de dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA) ou doivent réaliser des dialyses ont alors fréquemment recours à des entreprises de transport de personnes à mobilité réduite (TPMR).

Les trajets ne sont pas nécessairement longs : il s'agit par exemple d'un simple transport vers le cabinet d'un kinésithérapeute ou pour qu'un enfant autiste reçoive des soins. Cette offre est très importante pour le territoire médocain.

Ainsi, en permettant de déroger à l'obligation de participer au transport de malades au titre de l'aide médicale urgente, qui nécessite des véhicules et des professionnels *ad hoc*, certaines entreprises de transport de personnes à mobilité réduite pourront continuer à participer à l'accès aux soins. Cette activité sera financée selon les règles de droit commun du transport de malade en véhicule sanitaire léger.

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour présenter l'amendement n° 1325.

Mme Geneviève Darrieusecq, ministre. Cet amendement vise à assurer la recevabilité financière de celui de Mme Lassarade.

M. le président. Le sous-amendement n° 1363, présenté par M. Lurel, est ainsi libellé :

Amendement n° 1325, alinéa 4

1° Supprimer le mot :

exclusivement

2° Compléter cet alinéa par les mots :

et de transport assis professionnalisé

La parole est à M. Victorin Lurel.

M. Victorin Lurel. J'ai déposé ce sous-amendement pour obtenir des réponses à certaines questions.

Est-ce que les entreprises de transport assis professionnalisé (TAP) font partie des entreprises concernées par ces amendements ? Il y a un doute, puisque la rédaction parle des entreprises de transport sanitaire exerçant « exclusivement » une activité de transport sanitaire.

En Guadeloupe, le transport de personnes à mobilité réduite pris en charge par l'assurance maladie grâce à une convention est assuré par vingt-quatre entreprises, qui représentent environ cent cinquante salariés. Je n'ignore pas le propos de ma collègue Solanges Nadille sur la concurrence entre taxis et véhicules sanitaires légers.

Mon sous-amendement tend à intégrer le transport assis professionnalisé au dispositif prévu dans les deux amendements. Je souhaiterais obtenir une réponse à ma question initiale afin de choisir avec certitude entre maintien de cette proposition et retrait au profit de mon sous-amendement n° 1364 rectifié.

M. le président. Le sous-amendement n° 1385, présenté par M. Mérillou, Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, MM. Fichet et Jomier, Mmes Lubin, Poumirol, Rossignol et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Amendement n° 1325, alinéa 4

Compléter cet alinéa par les mots :

ou résidant en zones de revitalisation rurale

La parole est à Mme Annie Le Houerou.

Mme Annie Le Houerou. Par ce sous-amendement, mon collègue Mérillou propose une adaptation ciblée du cadre juridique du transport sanitaire pour répondre aux besoins spécifiques des personnes à mobilité réduite et des populations résidant en zones de revitalisation rurale (ZRR).

À l'heure actuelle, les entreprises de transport sanitaire exerçant exclusivement à destination de ces publics sont confrontées à des obligations inadaptées à leur activité, notamment celle de participer à l'aide médicale urgente. Or cette dernière exige des moyens particuliers – il faut des véhicules adaptés et des professionnels formés – qui pèsent sur leur équilibre économique et qui limitent leur disponibilité pour d'autres missions essentielles.

La situation en Dordogne illustre parfaitement l'urgence d'une réforme : selon l'Association des maires ruraux de France, il y manquait en 2022 soixante-trois médecins généralistes pour atteindre la moyenne nationale.

S'y ajoute la dégradation des infrastructures de santé : la fermeture prolongée de maternités, que ce soit à Sarlat ou à Guingamp, est emblématique de la disparition progressive des services de proximité. Les consultations de spécialistes nécessitent souvent de se rendre dans des villes éloignées. Cet effort est insurmontable pour les personnes âgées ou pour celles en situation de précarité ou à mobilité réduite.

Ces obstacles augmentent le risque de renoncement aux soins et entraînent des conséquences graves, comme un retard dans les diagnostics, un suivi médical insuffisant ou une aggravation des pathologies.

Ce sous-amendement vise à lever les freins existants, en élargissant la mesure proposée au transport sanitaire de personnes résidant en zones de revitalisation rurale. Cette mesure représenterait une avancée concrète pour éviter la double peine aux territoires en souffrance que sont les ZRR – éloignement des centres de soins et accès difficile et inéquitable aux soins –, tout en tenant compte des contraintes spécifiques de ces entreprises de transport.

M. le président. Les deux sous-amendements suivants sont identiques.

Le sous-amendement n° 1355 rectifié est présenté par MM. Théophile et Buval, Mmes Ramia et Phinera-Horth, M. Iacovelli, Mmes Schillinger et Duranton et MM. Rambaud et Buis.

Le sous-amendement n° 1364 rectifié est présenté par M. Lurel et Mme Bélim.

Ces deux sous-amendements sont ainsi libellés :

Amendement n° 1325

Compléter cet amendement par une phrase ainsi rédigée :

Les conditions prévues au présent article peuvent être adaptées, notamment dans les territoires régis par l'article 73 de la Constitution. Les modalités d'application sont définies par décret.

La parole est M. Frédéric Buval, pour présenter le sous-amendement n° 1355 rectifié.

M. Frédéric Buval. Ce sous-amendement tend à ce que les conditions prévues au présent article puissent être adaptées pour tenir compte de la spécificité des territoires d'outre-mer, laissant en conséquence les modalités d'application être définies par décret.

M. le président. La parole est à M. Victorin Lurel, pour présenter l'amendement n° 1364 rectifié.

M. Victorin Lurel. Défendu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Les sous-amendements identiques n° 1355 rectifié et 1364 rectifié donneront une marge de manœuvre bienvenue, non prévue pour l'instant par le législateur, pour adapter les règles du transport sanitaire aux spécificités des territoires ultramarins.

La commission émet donc un avis favorable sur ces deux sous-amendements.

L'élargissement de la définition qui est proposé au travers du sous-amendement n° 1363 conduirait à faire entrer plus de dix mille nouveaux véhicules dans la flotte du transport sanitaire, ce qui déstabiliserait en profondeur le secteur.

La commission émet donc un avis défavorable sur ce sous-amendement.

Je ne suis pas en désaccord avec l'idée qui figure dans le sous-amendement n° 1385, mais sa rédaction ne paraît pas opérationnelle. Ce sous-amendement ayant été déposé tardivement, j'émet, à titre personnel, un avis défavorable.

La commission émet un avis favorable sur les amendements identiques n° 276 rectifié et 1325 ainsi sous-amendés.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. La situation des sociétés de transport sanitaire de personnes à mobilité réduite relève presque de la niche, puisque le statut dont il est question existe seulement en Gironde et dans les Antilles. L'amendement gouvernemental a pour objet d'introduire un cadre afin d'éviter sa remise en cause chaque année.

Même si les personnes à mobilité réduite – je tiens à l'exprimer très clairement – ne sont pas toutes en fauteuil roulant, la mesure concerne prioritairement le transport de ces dernières, parce que les véhicules adaptés sont plus coûteux.

Je tiens à répéter que nous ne changeons pas les règles de droit commun du secteur. Notre amendement n'emporte pas d'extinction du statut de transport assis professionnalisé, au risque, le cas échéant, de déstabiliser l'ensemble des quatorze mille véhicules sanitaires légers.

Le Gouvernement émet un avis favorable sur les sous-amendements identiques n° 1355 rectifié et 1364 rectifié et un avis défavorable sur les sous-amendements n° 1363 et 1385.

M. le président. La parole est à M. Victorin Lurel, pour explication de vote.

M. Victorin Lurel. À titre personnel, comme mon groupe sans doute, je voterai naturellement en faveur des amendements n° 276 rectifié et 1325.

J'ai bien entendu les avis exprimés : favorable sur le sous-amendement n° 1364 rectifié et défavorable sur l'autre. Je me replie donc sur le sous-amendement n° 1364 rectifié qui est identique à celui de M. Théophile, défendu par M. Buval.

En revanche, pour des motifs d'ordre essentiellement politique – je le reconnais clairement –, je maintiens le sous-amendement n° 1363 pour que la filière sur place, les vingt-quatre entreprises que j'ai mentionnées, se rende bien compte que le Parlement a refusé la mesure. Il existe en effet, chacun le sait bien, un conflit entre les différents statuts. Mme la ministre met en avant le risque de déstabiliser le secteur des VSL.

Madame la ministre, vous ne m'avez pas tout à fait répondu sur la mention du mot « exclusivement » dans votre amendement : les transports assis professionnalisés sont-ils bien exclus ? Ai-je bien compris, madame la rapporteure ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. C'est bien cela.

M. Victorin Lurel. Par conséquent, ces modes de transport ne pourront pas être pris en compte dans un décret et nous aurons donc sur les bras le licenciement de cent cinquante salariés en Guadeloupe !

M. le président. Je mets aux voix le sous-amendement n° 1363.

(Le sous-amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix le sous-amendement n° 1385.

(Le sous-amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix les sous-amendements identiques n° 1355 rectifié et 1364 rectifié.

(Les sous-amendements sont adoptés.)

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 276 rectifié et 1325, modifiés.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 17.

Je suis saisi de quatre amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 781, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, M. Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

Après l'article 17

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 4131-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-6-... ainsi rédigé :

« Art. L. 4131-6- – Dans les zones mentionnées au 2° de l'article L. 1434-4, le conventionnement à l'assurance maladie est réservé aux seuls médecins respectant les tarifs fixés à l'article L. 162-5 du code la sécurité sociale.

« Dans ces zones, le conventionnement avec les médecins mentionnés à l'alinéa précédent ne peut intervenir que dans les cas suivants :

« 1° Lorsque la proportion de médecins y exerçant et adhérant à la convention mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale sans dépassements d'honoraires est inférieure à un seuil fixé par arrêté pris par le ministre en charge de la santé ;

« 2° Lorsqu'un médecin y exerçant est en situation de cessation d'activité.

« Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article. »

La parole est à Mme Anne Souyris.

Mme Anne Souyris. Cet amendement vise à créer une régulation de l'installation des médecins.

L'UFC-Que Choisir estime que 19 millions de Françaises et de Français sont pénalisés par un problème d'accès à un médecin généraliste. Cette fracture sanitaire se mesure non seulement en nombre de médecins présents sur le territoire, mais également en nombre de praticiens effectuant des dépassements d'honoraires.

Pour pallier cette situation, nous vous proposons d'encadrer l'implantation de nouveaux médecins dans les zones les mieux dotées, en mettant en place un conventionnement territorial pour privilégier les zones les plus faiblement dotées.

L'amendement tend ainsi à réserver l'accès aux territoires les mieux dotés aux seuls médecins conventionnés en secteur 1, c'est-à-dire sans dépassements d'honoraires.

Ce dispositif est réaliste. En effet, d'autres pays ont démontré l'efficacité d'une régulation. Au Québec, des mesures en ce sens couplées à des politiques d'incitation ont permis en quatre ans d'augmenter de 76 % les installations de médecins dans les zones sous-dotées.

Cette proposition n'a rien de révolutionnaire. Même le Président de la République suggérerait une régulation dans son programme de 2022. J'espère que nous adopterons cette mesure.

M. le président. L'amendement n° 1222 rectifié *bis* n'est pas soutenu.

L'amendement n° 568 rectifié *bis*, présenté par Mmes Le Houerou et Poumirol, MM. Montaugé et Uzenat, Mmes Bélim et Blatrix Contat, MM. Tissot, M. Weber et Pla, Mmes Conway-Mouret et Bonnefoy, MM. Redon-Sarrazy, Fagnen, Cozic et Michau, Mme Monier et MM. Ziane, Bourgi, Chaillou et Méryllou, est ainsi libellé :

Après l'article 17

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le 20° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Dans les zones définies au 2° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique par les agences régionales de santé en concertation avec les organisations syndicales représentatives des médecins au plan national dans lesquelles est constaté un excédent en matière d'offre de soins, les conditions du conventionnement à l'assurance maladie de tout nouveau médecin libéral sous réserve de la cessation d'activité libérale concomitante d'un médecin exerçant dans la même zone. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent alinéa ; ».

La parole est à Mme Annie Le Houerou.

Mme Annie Le Houerou. Cet amendement vise à étendre aux médecins libéraux le dispositif de régulation de l'installation qui existe déjà pour plusieurs autres professionnels de santé : pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, orthophonistes.

Le dispositif est léger : le principe de la liberté d'installation demeure, mais le conventionnement n'est possible que de manière sélective pour les nouvelles installations dans les zones surdotées.

Dans des zones définies par les ARS en concertation avec les syndicats médicaux et dans lesquelles existe un excédent en matière d'offre de soins, un médecin libéral ne pourrait ainsi s'installer en étant conventionné à l'assurance maladie que lorsqu'un autre de la même zone cesse son activité.

L'adoption d'un tel principe de conventionnement sélectif des médecins libéraux permettrait de compléter utilement les dispositifs d'incitation à l'installation dans les zones sous-dotées. Pour lutter plus efficacement contre la désertification médicale, il est impératif de mobiliser l'ensemble des solutions possibles, en particulier lorsqu'elles ont fait leurs preuves pour d'autres professions de santé.

La situation actuelle ne peut plus durer. Tel est le sens de la proposition de loi que j'ai corédigée avec ma collègue Émilienne Poumirol et qui a été rejetée par la droite de cet hémicycle. Tel est le sens également de la proposition de loi sur laquelle a travaillé mon collègue député Guillaume Garot, signée par deux cent quarante députés de tous bords – la droite elle-même s'est rendu compte que l'autorégulation ne fonctionnait pas et qu'il fallait mettre en place des dispositifs un peu plus incitatifs !

Par ailleurs, je tiens à mentionner qu'un réel travail doit être mené sur les études de santé. Le système actuel est rejeté par les jeunes médecins : 20 % des « thésés » ne s'inscrivent pas à l'ordre ! Avant même le doctorat, il existe déjà tant de renoncements et de mal-être, parfois de suicides.

Il est urgent d'assurer un parcours de formation soutenable pour les étudiants en santé, d'autant plus malmenés dans leur vocation, alors que nous connaissons un manque de professionnels, lorsqu'ils sont originaires de zones géographiques éloignées des métropoles. Nous avons besoin de médecins ; aussi, ne les sacrifions pas et donnons-leur toute possibilité de s'installer dans des zones qui ont besoin d'eux !

M. le président. L'amendement n° 976 rectifié, présenté par Mmes Brulin, Apourceau-Poly, Silvani et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky, est ainsi libellé :

Après l'article 17

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 4131-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-6-... ainsi rédigé :

« Art. L. 4131-6- – Dans les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé, définies par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé, le conventionnement d'un médecin libéral en application de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ne peut intervenir qu'en concomitance avec la cessation d'activité libérale d'un médecin exerçant dans

des conditions équivalentes dans la même zone. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article. »

La parole est à Mme Céline Brulin.

Mme Céline Brulin. Cet amendement vise également à mettre en place un conventionnement sélectif. Dans les zones où le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé, l'installation d'un nouveau médecin ne pourrait intervenir qu'en concomitance avec la cessation d'activité libérale d'un autre.

Nous ne présentons pas un tel amendement pour la première fois. Même si les précédents ont été rejetés, tout le monde sait ici que les déserts médicaux s'étendent considérablement. Désormais, nos concitoyens ont du mal à se soigner sur une grande partie du territoire national.

Les mesures incitatives étant un échec, il faut monter d'un cran. Je sais que la prise de conscience est réelle et notre proposition est d'ailleurs en train de devenir majoritaire dans le pays : deux cent quarante députés la soutiennent, comme ma collègue vient de le rappeler. Il est souvent question de majorités introuvables ; voilà une majorité autour d'une proposition de loi rassembleuse !

Ici même au Sénat, notre collègue Bruno Rojouan a présenté il y a quelques jours un rapport d'information, *Inégalités territoriales d'accès aux soins : aux grands maux, les grands remèdes*, dans lequel il préconise de réguler l'installation des médecins dans les zones les mieux dotées. Ce rapport a été adopté à l'unanimité par la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable.

Aussi, le Sénat, qui se veut la chambre des territoires, ne peut rester sourd plus longtemps à cette exigence. En effet, de nombreux élus locaux, sans même parler de nombre de nos concitoyens, réclament désormais une régulation. Même si nous pouvons débattre de là où placer le curseur, il faut aller en ce sens.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Ces amendements visent tous à contraindre l'installation et le conventionnement des médecins pour lutter contre les déserts médicaux.

Mme Céline Brulin. Pas à contraindre !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. À inciter fortement... (Sourires.)

Plutôt que sacrifier les médecins, il faut faire un réel effort pour en former davantage. Dans la situation démographique actuelle, le conventionnement sélectif n'apportera pas de solution concrète aux difficultés d'accès aux soins dans nos territoires. Vous n'en avez pas parlé, mais il existe un risque de déconventionnement : les médecins peuvent se placer en secteur 3. Voilà le véritable frein !

Vos mesures pourraient donc se révéler contre-productives, décourageant – ce n'est la volonté d'aucun d'entre nous ! – les jeunes professionnels de s'installer ou les incitant à exercer à l'étranger.

La commission juge que les problèmes d'accès aux soins ne pourront pas être résolus en allant à l'encontre de la volonté des professionnels. Au contraire, il est nécessaire – j'en suis convaincue – de les impliquer dans les réponses à apporter et de procéder par incitation.

De fait, la dernière convention médicale contient plusieurs dispositifs destinés à les responsabiliser et à améliorer l'accès aux soins, notamment par le développement des consultations avancées. À titre personnel, je suis très favorable à la mise en place de cabinets secondaires à partir des maisons de santé pluriprofessionnelles.

Il faut en tout cas continuer le travail avec les médecins eux-mêmes ; nous ne pourrions pas trouver de réponses contre eux !

La commission émet un avis défavorable sur ces trois amendements.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Je m'inscris dans la lignée de Mme la rapporteure. Même si nous avons le sentiment contraire, les mesures incitatives fonctionnent sur certains territoires. Malheureusement, il existe des comportements opportunistes, qu'il faudrait parvenir à détecter pour les éviter, voire pour les sanctionner. (*Marques d'approbation sur des travées du groupe SER.*)

Un travail a été mené avec les syndicats professionnels de dentistes, de masseurs-kinésithérapeutes et de pharmaciens pour ne pas passer par des mesures coercitives. Ces acteurs ont pris leurs responsabilités. J'adresse des alertes aux syndicats de médecins que je rencontre en ce moment : je leur répète qu'il vaut mieux construire que subir.

Mme Annie Le Houerou. Tout à fait !

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Nous sommes tous préoccupés par le phénomène des déserts médicaux dans certaines régions, non seulement dans les campagnes, mais aussi en ville.

Je mise beaucoup sur l'évolution de la formation. Nous devons faire rayonner l'université sur les territoires et orienter les étudiants des métiers de la santé plus rapidement vers ceux qui sont le plus en difficulté. Nous devons aussi varier les profils : les jeunes originaires d'un département y reviennent souvent pour s'installer après leurs études. Je travaille sur ce sujet avec le ministre de l'enseignement supérieur et nous allons tous ensemble relever ce défi.

Œuvrer avec les doyens et les responsables des CHU est un autre enjeu. Il faut encourager les stages dans les centres hospitaliers et dans les cabinets médicaux. Pour ce faire, nous avons besoin de maîtres de stage. L'organisation nécessaire commence à se mettre en place.

En faisant connaître, en donnant le goût et en faisant évoluer la formation, nous parviendrons à faire s'installer des jeunes dans nos territoires tous plus formidables les uns que les autres. Partout où je me déplace, je vois des solutions intéressantes se mettre en place.

Vous parliez, madame la sénatrice, du Canada. Le Québec revient pourtant sur les mesures qu'il a mises en œuvre, car elles ne fonctionnaient pas vraiment. Il a même lancé une campagne pour recruter vingt-sept mille soignants en France, ce qui m'inquiète : il serait bon de les garder chez nous... En étant trop coercitifs, nous risquons de les perdre. Il nous faut trouver le juste équilibre.

Le Gouvernement émet un avis défavorable sur ces amendements. Sachez toutefois que je veux travailler avec vous pour trouver les meilleures solutions en faveur de l'attractivité de tous les territoires.

M. le président. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour explication de vote.

Mme Émilienne Poumirol. Il est vrai que le sujet est complexe et qu'un juste équilibre doit être trouvé. Le conventionnement sélectif n'est pas l'alpha et l'oméga pour résoudre la question des déserts médicaux – nous en sommes bien conscients ! Toutefois, cela peut contribuer, dans une certaine mesure, à faciliter l'installation dans ces zones.

Pour qualifier les espaces de sous-dotés ou de surdotés, il faudrait d'abord disposer d'un indice territorial extrêmement précis, par bassin de vie, et mis à jour régulièrement par les ARS.

En outre, le conventionnement sélectif ne serait pas une contrainte très importante pour les jeunes cherchant à s'installer. Puisque 87 % des territoires sont sous-dotés, ceux qui sont surdotés se limitent à 13 % du total !

Il est vrai que nous ne pourrions décider d'un tel conventionnement que par la discussion avec les médecins, d'autant que certains sont d'accord avec le principe. Au cours d'une audition – nous avons tous travaillé ici sur les déserts médicaux –, j'ai entendu un doyen de faculté nous inviter à cesser de conventionner en secteur 2 dans les zones surdotées. À Paris, donnait-il comme exemple, un rendez-vous chez un ophtalmologue se trouve en deux jours, alors que dans beaucoup de villes, il faut cinq à six mois, si ce n'est plus !

Inciter fortement à l'installation dans les déserts médicaux ou empêcher l'installation de médecins de secteur 2 dans les zones surdotées : si nous ne faisons pas l'un, nous pouvons faire l'autre, même si ces mesures ne sont pas équivalentes.

Il faut de toute façon se doter de plusieurs outils pour résoudre le problème. Toute parcellaire que soit la solution proposée, notre amendement peut contribuer à y parvenir. Il peut être positif ! Constatons que toutes les incitations que nous avons proposées depuis quinze ans n'ont guère amélioré la situation.

M. le président. La parole est à M. Simon Uzenat, pour explication de vote.

M. Simon Uzenat. Les inégalités d'accès aux soins explosent : tous les chiffres le démontrent. La commission de l'aménagement du territoire et du développement durable a eu l'occasion de travailler sur le sujet autour de notre rapporteur Bruno Rojouan. La situation a continué de se dégrader fortement ces dernières années : le temps d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un médecin généraliste a doublé entre 2019 et 2024.

Ces inégalités se creusent au détriment des habitants des territoires ruraux. Leur espérance de vie est inférieure à la moyenne nationale, notamment du fait de la perte de chance que constitue le difficile accès aux soins. La situation, madame la ministre, est absolument inacceptable. Nous ne pouvons ni ne devons nous y résoudre.

Les habitants et les élus des territoires concernés, qui se battent au quotidien, ont plus que le sentiment d'être abandonnés. Nous ne pouvons accepter cet état de fait plus longtemps. Je vous avoue être assez choqué par un argument qui a été avancé : l'expression révélatrice de « cabinets secondaires » revient, d'une certaine manière, à considérer les Français des territoires ruraux comme des citoyens de seconde zone !

De notre point de vue – et nous sommes nombreux à le partager –, nous sommes en droit d'attendre au minimum la régulation de l'installation des médecins, ne serait-ce que dans les zones les mieux dotées.

L'argument qui nous est opposé est celui de la pénurie. Justement, madame la ministre, en temps de pénurie, un rationnement est mis en place ! Notre responsabilité, jusqu'à ce que la situation dans quelques années soit rétablie, est de limiter les déséquilibres.

Plusieurs collègues et moi avons eu l'occasion de nous déplacer en Allemagne il y a quelques semaines. Ce pays est dans une position très différente, qui n'est pas parfaite – nous sommes bien d'accord –, mais on y limite les inégalités en prenant en compte la répartition de la population et, plus largement, les besoins de santé. À cet égard, le conventionnement sélectif nous paraît une solution minimaliste tout à fait raisonnable.

Madame la ministre, vous parlez du risque de déconventionnement des professionnels de santé, mais il nous paraît tout à fait limité face à la dynamique des médecins salariés et aux aspirations de nombreux médecins. Un certain nombre de travaux du Sénat vont dans ce sens, notamment le rapport d'information de Bruno Rojouan de 2022 : *Rétablir l'équité territoriale en matière d'accès aux soins : agir avant qu'il ne soit trop tard*.

J'espère que la Haute Assemblée nous suivra sur ces amendements.

M. le président. La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour explication de vote.

Mme Véronique Guillotin. Je ne voterai pas en faveur de ces amendements et ce n'est pas parce que je sous-estime la question de la désertification médicale.

Les élus et nos concitoyens attendent de notre part des solutions, mais les mesures proposées ici n'en sont pas, étant donné le contexte de pénurie professionnelle dans le secteur de la santé. Nous pourrions nous livrer à de la régulation si nous avions un nombre élevé de médecins.

Les jeunes praticiens vont là où se trouvent des structures dynamiques, en milieu rural comme en milieu urbain, y compris dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville. Faisons donc attention à ne pas casser un mouvement qui se met en place ! En ouvrant des maisons de santé et en rendant du temps médical, notre organisation fonctionne, ce qui attire les jeunes.

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, pour explication de vote.

M. Alain Milon. Il y a beaucoup de choses à dire sur le problème de la désertification médicale...

Il faut d'abord rappeler l'historique : le *numerus clausus* a été institué en 1971, il a été appliqué pour la première fois en 1973 et il a été fortement durci en 1983. C'est à partir de Lionel Jospin que l'on s'est rendu compte qu'il fallait essayer d'augmenter le nombre de médecins. Les gouvernements Jospin et Raffarin l'ont fait en passant par le *numerus clausus*.

Ce n'est qu'au moment où Mme Buzyn était ministre de la santé qu'on a décidé de le supprimer pour mettre en place le *numerus apertus*, entré en vigueur en 2022. Comme il faut dix ans pour former un médecin, il n'y aura pas plus de nouveaux médecins formés que de médecins partant à la retraite avant 2032, qu'on le veuille ou non.

Par ailleurs, la récente enquête de l'Insee montre que les jeunes médecins s'installent en grande majorité à proximité de leur lieu de naissance. Elle montre aussi qu'ils s'installent en moyenne à 43 kilomètres de leur lieu d'étude, en particulier de leur lieu d'internat, comme l'a souligné à juste titre Mme la ministre. Il convient donc peut-être de négocier avec les facultés de médecine pour que les doyens libèrent les internes et leur permettent d'aller dans les hôpitaux de proximité, l'objectif étant qu'ils puissent ensuite avoir envie de s'installer sur ce territoire. (*Marques d'approbation sur des travées du groupe SER.*)

Enfin, il n'y a pas de zone privilégiée. On croit souvent que la Côte-d'Azur en est une, car on y trouve beaucoup de médecins. Mes collègues médecins présents dans l'hémicycle le savent, même quand on est à la retraite et que l'on n'exerce plus, on reste inscrit au tableau de l'ordre des médecins. Or c'est précisément l'ordre que l'on consulte quand on veut comptabiliser le nombre de médecins sur un territoire. Je citerai l'exemple que m'a donné le doyen de la faculté de médecine de Nice : entre Saint-Raphaël et Nice, il y a trente-trois dermatologues inscrits à l'ordre de médecin et zéro en activité – ils sont tous à la retraite !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 781.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe Les Républicains.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable, de même que celui du Gouvernement.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(*Le scrutin a lieu.*)

M. le président. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à constater le résultat du scrutin.

(*Mmes et MM. les secrétaires constatent le résultat du scrutin.*)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 72 :

Nombre de votants	340
Nombre de suffrages exprimés	327
Pour l'adoption	99
Contre	228

Le Sénat n'a pas adopté.

Je mets aux voix l'amendement n° 568 rectifié *bis*.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 976 rectifié.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 612 rectifié *bis*, présenté par MM. Masset, Bilhac et Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Daubet, Fialaire, Gold et Guiol, Mmes Jouve et Pantel et M. Roux, est ainsi libellé :

Après l'article 17

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 8° est complété par les mots : « , notamment lorsqu'il s'agit d'installations dans les territoires où l'offre de soins est insuffisante, ou minorés lorsque l'offre de soins est considérée comme suffisante » ;

2° Sont ajoutés quatre alinéas ainsi rédigés :

« Les conventions nationales sont adaptées par territoire en fonction de l'atteinte des objectifs d'égal accès aux soins, de continuité des soins et de l'équilibre territorial de l'offre de soins suivant les préconisations du conseil territorial de santé mentionné à l'article L. 1434 10 du code de la santé publique.

« À titre expérimental pour une durée de trois ans, et dans cinq communautés professionnelles territoriales de santé volontaires, le représentant de l'État chargé de la mise en œuvre de la politique de santé dans ces départements, détermine par arrêté, après concertation avec ces communautés professionnelles territoriales de santé, les zones mentionnées au 2° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique dans lesquelles est constaté un fort excédent en matière d'offre de soins. Le conventionnement d'un médecin libéral en application de l'article L. 162-5 du présent code est soumis aux zones d'exercice définies par l'agence régionale de santé ;

« Six mois avant la fin de l'expérimentation, un comité composé de députés, de sénateurs, de représentants des collectivités territoriales, des administrations compétentes de l'État et des ordres des professions de santé concernées procède à l'évaluation de sa mise en œuvre. Le rapport établi par ce comité est transmis au Parlement et au Gouvernement.

« Un décret en Conseil d'État, pris après avis du Conseil national de l'ordre des médecins, fixe les conditions d'application du présent article. »

La parole est à M. Michel Masset.

M. Michel Masset. Cet amendement, inspiré d'un amendement présenté à l'Assemblée nationale, pourrait constituer une réponse au problème soulevé précédemment. Je suis moi-même très préoccupé par la problématique de la désertification médicale, particulièrement prégnante dans mon département de Lot-et-Garonne.

Au travers de cet amendement, nous vous proposons de mettre en place par voie d'expérimentation le conventionnement sélectif.

Le Sénat a longtemps voté en faveur de cette mesure qui permettrait une véritable régulation étatique de l'installation médicale afin de rééquilibrer l'offre de soins, d'autant qu'un tel dispositif existe déjà pour d'autres professionnels de santé dans certaines zones.

Connaissant les réticences de l'ordre des médecins devant une disposition appliquée brutalement, cet amendement vise à proposer une expérimentation limitée à cinq communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) volontaires. Au regard des conclusions du rapport prévu par le dispositif, nous aurions, grâce à cette expérimentation, des informations sur l'opportunité de mettre en place ou non le conventionnement sélectif.

Vous savez à quel point les déserts médicaux désagrègent notre système de santé. Nous n'avons pas tout essayé en ce domaine. Cette expérimentation nous permettrait d'avoir le cœur net sur l'opportunité de ce dispositif. Il est en effet essentiel de préserver la santé de nos concitoyens confrontés à l'effacement de la couverture médicale la plus élémentaire.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. J'ai bien noté, mon cher collègue, qu'il s'agissait d'une expérimentation. Pour trois ans et dans cinq CPTS, l'État pourra, après concertation avec ces CPTS, déterminer les zones surdenses dans lesquelles est constaté un fort excédent en matière d'offre de soins et y appliquer un conventionnement sélectif.

J'ai un peu de mal à comprendre comment au sein d'une même CPTS il pourrait y avoir des zones surdenses et d'autres sous-denses. Certes, leur périmètre peut être assez large, mais je ne trouve pas votre proposition très opérationnelle.

L'avis est donc défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Même avis.

M. le président. Monsieur Masset, l'amendement n° 612 rectifié *bis* est-il maintenu ?

M. Michel Masset. Je le maintiens, monsieur le président : la meilleure réponse est toujours l'expérimentation.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 612 rectifié *bis*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. le président de la commission.

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. J'ai consulté les représentants de tous les groupes politiques pour savoir si nous pouvions envisager de finir l'examen du texte cette nuit.

Il n'y a aucune garantie que cela soit possible. Pour cela, il faudrait que nous accélérions quelque peu, même si chacun doit pouvoir défendre ses amendements. Il nous reste des sujets importants à aborder et je vous propose de faire le point à vingt heures. *(Applaudissements sur les travées du groupe Les Républicains.)*

M. le président. La parole est à Mme la ministre.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Je demande une suspension de séance, monsieur le président.

M. le président. Mes chers collègues, nous allons interrompre nos travaux pour quelques instants.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à dix-sept heures dix, est reprise à dix-sept heures vingt.)

M. le président. La séance est reprise.

L'amendement n° 569 rectifié *bis*, présenté par Mmes Le Houerou et Poumirol, MM. Montaugé et Uzenat, Mmes Bélim et Blatrix Contat, MM. Tissot, M. Weber et Pla, Mmes Conway-Mouret et Bonnefoy, MM. Redon-Sarrazy, Fagnen, Cozic et Michau, Mme Monier et MM. Ziane et Bourgi, est ainsi libellé :

Après l'article 17

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le 4° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « La distinction entre l'exercice à titre libéral ou en centre de santé ne peut en elle-même fonder de différences dans l'octroi des aides attribuées aux praticiens en application du présent 4° ; ».

La parole est à Mme Annie Le Houerou.

Mme Annie Le Houerou. Cet amendement vise à rééquilibrer les conditions de cotisations sociales, les garanties de revenu et l'aide à l'installation afin qu'elles bénéficient de la même manière aux médecins libéraux et à ceux qui sont salariés.

Le développement des structures de soins pluriprofessionnelles de premier recours en exercice coordonné, qu'il s'agisse de maisons de santé regroupant des libéraux ou de centres de santé où œuvrent des salariés, est aujourd'hui reconnu comme un vecteur incontournable du renforcement de l'offre de soins de proximité.

Les centres de santé sont souvent gérés et financés par les collectivités, qui investissent énormément dans la santé en réponse aux besoins de nos concitoyens. Or les conditions salariales s'appliquant à elles, en tant qu'employeurs, ne sont pas aussi favorables que celles pour les médecins libéraux. Il s'agit d'une charge très importante et injuste pour ces collectivités déjà fragilisées.

Afin de les soutenir dans leurs actions en faveur de l'accès aux soins, il est indispensable que les garanties de revenu proposées aux médecins libéraux puissent s'appliquer aux centres de santé pour mieux les accompagner.

À l'heure où nous souhaitons développer ces structures de soins pluriprofessionnelles dans un objectif d'amélioration de l'accès aux soins, nous devons nous assurer que le cadre légal incite les professionnels et les collectivités à participer à ce développement, du moins, ne les y désincite pas.

Parce qu'il est urgent, pour couvrir les besoins de santé sur nos territoires, en particulier en zone rurale, de pouvoir compter sur les médecins libéraux comme sur les médecins salariés, les modalités juridiques d'exercice de la profession doivent être neutres d'un point de vue fiscal et social et en ce qui concerne les diverses aides à l'installation.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. L'exercice libéral et l'exercice salarié en centre de santé n'impliquent pas les mêmes contraintes ni les mêmes investissements. Il semble donc légitime que les dispositifs d'aide puissent différer.

L'avis est donc défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Même avis.

M. le président. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour explication de vote.

Mme Émilienne Poumirol. S'il y a un sujet sur lequel nous sommes tous d'accord, c'est que l'exercice partagé et coordonné est une nécessité, une priorité, pour améliorer l'accès aux soins.

De ce point de vue, les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) constituent une réponse importante, mais les centres de santé communaux ou intercommunaux – voire régionaux, comme cela existe en Occitanie – ont également une grande pertinence. De plus en plus de jeunes, d'ailleurs, se tournent vers le salariat, un peu rebutés par les difficultés

que représente l'installation en MSP sur le plan juridique – il faut créer une société interprofessionnelle de soins ambulatoires (Sisa), etc.

Il serait, à notre sens, utile que les incitations financières soient identiques dans les deux situations et que les conditions fiscales soient les mêmes. Je trouve très positif que l'on aide les MSP, car je suis convaincue que la réponse pluri-professionnelle est la plus adaptée pour lutter contre les déserts médicaux. Mais il n'y a pas de raison de faire une différence entre les structures libérales et celles qui emploient des salariés.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 569 rectifié *bis*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 681, présenté par M. Fichet, Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, M. Jomier, Mmes Lubin, Poumirol et Rossignol, MM. Bourgi et Ros, Mmes Linkenheld et Narasiguin, MM. Ziane et Lurel, Mme Bélim, M. Féraud, Mme Harribey, M. Gillé, Mme Brossel, MM. Fagnen et Chantrel, Mme Conway-Mouret, MM. Darras, Michau, Mérillou et Montaugé, Mme Bonnefoy, M. Roiron, Mme Blatrix Contat, MM. Jeansannetas, Vayssouze-Faure et M. Weber, Mmes Monier et G. Jourda, MM. P. Joly, Marie, Tissot, Durain et Chaillou, Mme Artigalas, MM. Redon-Sarrazy, Quizille, Pla, Uzenat et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 17

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur les différentes aides à l'installation pour les médecins : les aides conventionnelles, les aides proposées par l'État, les aides proposées par les collectivités territoriales ainsi que les exonérations fiscales et financières offertes par certains territoires.

La parole est à M. Simon Uzenat.

M. Simon Uzenat. Cet amendement vise à procéder à l'évaluation de l'ensemble des aides à l'installation proposées aux médecins : aides conventionnelles, aides de l'État, dispositifs portés et financés par les collectivités territoriales, exonérations fiscales et sociales mises en place dans certains territoires.

Même si nous reconnaissons tous l'utilité et l'efficacité de l'exercice coordonné, ce n'est pas non plus une solution magique. Je connais beaucoup de territoires, notamment dans mon département, où les collectivités ont porté des structures pour cet exercice coordonné qu'elles ne réussissent pas à remplir. Il est évident que la question du projet de santé se pose, mais l'on voit bien qu'il faut aussi s'interroger sur le caractère réellement incitatif de l'ensemble des dispositifs qui ont été mis en place – leurs effets sont pour le moins mesurés, pour utiliser un terme aimable...

Depuis plusieurs années, ces dispositifs d'aide à l'installation se multiplient. Des efforts de simplification ont été engagés, mais il faut évaluer précisément l'efficacité et l'attractivité de ces mesures.

Les investissements réalisés par les collectivités locales – ce n'est pas leur compétence, il faut le redire – permettent-ils d'améliorer l'accès aux soins pour les habitants des territoires concernés, en partant des besoins de santé de la population ? Certains de mes collègues ont rappelé tout à l'heure qu'il nous fallait un véritable indicateur des besoins de santé, prenant notamment en compte le vieillissement.

Enfin, on observe une mise en concurrence croissante entre territoires, avec des municipalités contraintes de rivaliser en avantages divers et variés pour attirer les médecins, sans parler des collectivités qui recrutent des détectives privés pour identifier les profils potentiels. Cette concurrence est délétère, elle renforce les inégalités.

C'est la raison pour laquelle nous souhaitons la remise d'un rapport, conformément à une demande formulée il y a quelques semaines par notre collègue Bruno Rojouan au nom de la commission de l'aménagement du territoire et du développement durable.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Le sujet est certes intéressant, mais la commission est défavorable aux demandes de rapport.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Le sujet est déjà traité : il fait régulièrement l'objet d'études et de rapports approfondis, que ce soit de la part de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) ou de l'Insee. Je ne vois donc pas ce qu'apporterait un rapport supplémentaire.

En revanche, vous avez raison de dire qu'il faut, d'abord, qu'il y ait un projet médical, que cela repose sur des personnes, que construire des murs ne suffit pas et que la réflexion sur l'aménagement du territoire est essentielle.

Nous devons intégrer les sujets de santé dans l'aménagement du territoire pour éviter à des élus de faire des investissements inappropriés, par exemple lorsqu'il y a un projet similaire dans la commune d'à côté. C'est une réflexion globale d'aménagement du territoire que nous devons avoir.

Cela dit, le Gouvernement est défavorable à l'amendement.

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, pour explication de vote.

M. Alain Milon. Je ne suis évidemment pas du tout favorable à la demande de rapport. Plus on demande de rapports, moins il en arrive sur le bureau du Sénat...

Surtout, je veux informer Mme la ministre que j'avais justement déposé un amendement sur l'organisation des services d'urgence par les groupements hospitaliers de territoire (GHT). Cet amendement a été déclaré irrecevable au titre de l'article 40 de la Constitution, au motif que c'était une dépense supplémentaire.

Pour ma part, je considère que ce n'est pas une dépense supplémentaire, puisque, si les groupements hospitaliers de territoire organisent les urgences à partir des hôpitaux adhérents, ces hôpitaux n'ont plus à faire ces dépenses !

Madame la ministre, dans le droit fil de la conversation que nous avons eue sur les GHT, je pense qu'il serait intéressant que nous puissions travailler sur leur personnalité morale et juridique, afin qu'ils puissent prendre ce sujet à bras-le-corps.

M. le président. La parole est à M. Simon Uzenat, pour explication de vote.

M. Simon Uzenat. Je vous remercie de vos propos, madame la ministre.

Vous avez raison de dire qu'il faut du personnel. Cela renvoie au sujet de la régulation de l'installation, dont nous aurons, je pense, l'occasion de débattre assez régulièrement au cours des prochains mois.

Vous affirmez que beaucoup de rapports sont produits et que nombre de données sont sur la table, mais nous ne disposons pas aujourd'hui, à ma connaissance, de données consolidées au plan national sur les investissements des collectivités dans l'immobilier ou sur les aides diverses qu'elles versent. Or nous pouvons penser, quand on regarde ce qui se fait dans nos territoires, que cela représente des sommes considérables – probablement des milliards d'euros ! Nous devons donc disposer d'une visibilité sur l'effet levier de toutes ces initiatives.

J'entends bien les propos de notre collègue Alain Milon, mais notre demande d'évaluation est strictement conforme à l'une des préconisations du rapport de notre collègue Bruno Rojouan, voté à l'unanimité de la majorité sénatoriale en commission de l'aménagement du territoire et du développement durable. On ne peut donc pas considérer que nous soyons en décalage sur ce sujet.

Ce besoin de données et d'études est clairement identifié. Il serait souhaitable que les aspirations portées par notre assemblée dans l'hémicycle soient cohérentes avec celles qui sont exprimées en commission.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 681.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1122, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, M. Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

Après l'article 17

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport faisant le bilan de l'expérimentation des structures d'exercice coordonné participatives prévues par l'article 51 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018. Ce rapport présente notamment les résultats obtenus en termes de réduction des inégalités d'accès à la santé ainsi que le schéma de financement envisagé pour une pérennisation du dispositif à l'échelle nationale. Le Gouvernement associe les structures d'exercice coordonné participatives à la rédaction du rapport.

La parole est à Mme Anne Souyris.

Mme Anne Souyris. Je sais que l'on n'aime pas ici les demandes de rapport, mais c'est quelquefois le seul moyen d'alerter le Gouvernement sur un sujet, comme nous venons encore de le rappeler.

Je souhaite porter votre attention sur les centres de santé participatifs, ou plutôt sur leur pérennisation.

Les structures d'exercice coordonné participatives sont issues d'une expérimentation menée au titre de l'article 51 de la LFSS pour 2018.

Ce dispositif procède d'une approche ambitieuse, celle de la « santé communautaire », telle que la définit l'OMS : il s'agit de permettre aux habitants de réfléchir collectivement sur leurs besoins en santé, de hiérarchiser leurs priorités et de participer activement aux solutions qui les concernent, afin qu'ils deviennent les propres acteurs de leur santé, et non plus seulement de purs bénéficiaires.

Ces centres, souvent implantés dans ou à proximité des quartiers prioritaires de la politique de la ville, n'offrent pas uniquement des soins médicaux. Ils s'inscrivent dans une démarche globale, incluant des médiateurs de santé et des travailleurs sociaux.

Pourtant, malgré des résultats prometteurs, leur avenir est incertain. J'ai auditionné leurs représentants pour préparer ce PLFSS. Les modalités de financement et de pérennisation restent floues et les équipes de terrain ne sont pas suffisamment associées à l'élaboration des cadres nationaux visant à assurer leur continuité.

Vu la faible augmentation de l'Ondam prévue pour 2025, comment comptez-vous pérenniser ces structures dans la durée ?

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La commission est défavorable à cet amendement, qui a pour objet une demande de rapport.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. L'expérimentation est en cours ; elle doit prendre fin le 30 avril 2025. Elle sera alors évaluée, comme toutes les expérimentations de l'article 51. Nous serons destinataires d'un rapport d'évaluation.

En conséquence, j'estime que l'amendement est satisfait, raison pour laquelle je sollicite son retrait. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1122.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 386 rectifié *bis*, présenté par MM. P. Joly, Ros, Pla, Devinez, Temal, Tissot et Roiron, Mmes Bonnefoy et Bélim, M. Uzenat, Mmes Narassiguin et Conway-Mouret, MM. Redon-Sarrazy et Fagnen, Mmes Brossel et Monier, M. Kerrouche, Mmes Linkenheld et Artigas et MM. Chantrel, Michau, Stanzione, Chaillou, Ziane et Bourgi, est ainsi libellé :

Après l'article 17

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport évaluant le coût pour la sécurité sociale de la prise en charge anonymisée des frais de transport entre leur domicile et les établissements de santé, pour une mineure ou une femme en situation de violence intra familiale avec le statut « d'ayant droit d'un assuré » voulant pratiquer un avortement, dans la mesure où ces coûts ne peuvent être pris en charge de façon anonymisée ni par les services sociaux ni par les établissements hospitaliers ou les centres de santé.

Ce rapport permet d'établir les modalités concrètes de prise en charge des différents modes de transports possibles et d'évaluer les conséquences de ce dispositif sur l'évolution des recettes et des dépenses de la sécurité sociale.

La parole est à M. Simon Uzenat.

M. Simon Uzenat. La loi permet à une mineure ou à une femme en situation de violence intrafamiliale qui en fait la demande, lorsqu'elle est ayant droit d'un assuré, de bénéficier de l'anonymat total en cas d'avortement, et ce quel que soit le lieu de réalisation de l'IVG.

La circulaire du 24 mars 2003 est venue préciser les conditions de cet « avortement anonyme », c'est-à-dire les procédures à mettre en œuvre pour préserver l'anonymat des assurées.

Elle dispose que, « en tout état de cause, aucune identification de l'assurée ne doit être possible et aucun décompte ne doit être adressé à l'ouvrant droit ». Or l'anonymisation porte exclusivement sur les deux consultations préalables à l'IVG et l'ensemble des examens de santé, mais pas sur le transport.

Le principe de l'avortement anonyme est également imposé aux organismes de sécurité sociale. Cependant, pour assurer la prise en charge anonymisée et gratuite des frais de transport d'une mineure ou d'une femme en situation de violence intrafamiliale qui est ayant droit d'un assuré et qui a recours à l'IVG, il existe un manque.

En effet, si cette femme a besoin d'une prise en charge de ses transports, les ambulanciers peuvent lui demander sa carte Vitale et une carte de mutuelle pour bénéficier du remboursement du bon de transport. Et, malheureusement, lorsque cette personne est mineure ou une femme en situation de violence intrafamiliale, le décompte du remboursement du transport apparaîtra dans les documents envoyés à son ayant droit – souvent les parents ou le conjoint violent.

Ainsi, l'anonymat des mineures ou des femmes en situation de violence intrafamiliale qui sont ayant droit d'un assuré n'est pas garanti.

Le rapport que nous demandons a pour objet de permettre d'établir les modalités concrètes de prise en charge des différents modes de transport possibles dans ce cas et d'évaluer les conséquences de ce dispositif sur l'évolution des recettes et des dépenses de la sécurité sociale.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Le sujet est très important. Un récent rapport de la commission des affaires sociales du Sénat a en effet montré qu'une protection insuffisante de l'anonymat pouvait effectivement dissuader les femmes d'avoir recours à l'IVG.

Un nouveau rapport ne paraît pas utile, raison pour laquelle l'avis de la commission est défavorable.

Il faut maintenant apporter des réponses concrètes à ce problème soulevé par le rapport de notre commission.

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

Mme Raymonde Poncet Monge. Encore l'article 40 !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Nous le savons tous, évidemment ! Le rapport permet d'aborder un sujet sans être censuré au titre de l'article 40 de la Constitution par la commission des finances.

Mes chers collègues, vous savez, pour y siéger, que ce sujet a été largement évoqué au sein de notre commission. Quoi qu'il en soit, je vous remercie de l'avoir de nouveau abordé.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. L'accès des femmes, quel que soit leur âge, à l'IVG constitue un sujet de préoccupation pour le Gouvernement. À cet égard, la prise en charge des transports associés ne doit pas constituer un obstacle.

J'ai demandé à mes services d'instruire les difficultés que vous évoquez concernant l'absence d'anonymisation des frais de transport, en vue de trouver des solutions pour assurer la sécurité de ces femmes. Aussi, la remise d'un rapport ne me semble pas prioritaire.

Cependant, je m'en remets à la sagesse du Sénat.

M. le président. La parole est à Mme Nadia Sollogoub, pour explication de vote.

Mme Nadia Sollogoub. Je suis très heureuse que nous puissions aborder ce sujet.

Élue dans un territoire rural, je sais que, parfois, la question de « l'accès » à l'IVG est littéralement celle du transport jusqu'au lieu où l'acte sera réalisé – ce fait est bien identifié.

Plusieurs questions se posent.

La première est l'anonymisation complète de la prise en charge pour que rien n'apparaisse sur la carte de l'ayant droit – on peut évidemment penser aux femmes battues ou aux jeunes filles mineures. Il faut élargir cette anonymisation au transport.

Le transport partagé est un autre sujet. Autant le transporteur est un professionnel tenu au secret médical – il ne doit pas révéler l'identité de la personne qu'il transporte –, autant le transport partagé peut poser une réelle difficulté sur ce plan dans un département peu peuplé où tout le monde se connaît.

Il faut absolument consacrer la possibilité de déroger à l'obligation de transport partagé dans certains cas particuliers – on en a déjà parlé pour les personnes en situation de handicap – sans que soit remise en cause la prise en charge à 100 %. Il faut intégrer le besoin d'anonymat, qui est vital.

Je crois savoir qu'un projet de décret d'application sur le transport partagé est en préparation. Je souhaite savoir où en est ce projet, et si l'on peut en avoir connaissance.

M. le président. La parole est à Mme la ministre.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Je vais effectivement faire instruire par les services de mon ministère la possibilité d'une mesure réglementaire pour garantir cet anonymat.

Je veux tout de même rappeler que l'acte d'interruption volontaire de grossesse peut être protégé par l'anonymat si la personne en fait la demande. Nous allons instruire cette demande de façon concrète.

Le décret relatif aux transports partagés ne concernera que les transports itératifs programmés. La situation que nous évoquons n'entre pas du tout dans cette catégorie de transports, donc sera exclue du champ du décret. Il n'y aura pas de problème.

L'avant-projet de décret a déjà été transmis au Conseil d'État. J'entends que vous auriez souhaité que je le partage avec vous avant cette transmission... Nous verrons si nous sommes d'accord sur ce texte après son examen par le Conseil.

Mme Nadia Sollogoub. Merci !

M. le président. La parole est à Mme Laurence Rossignol, pour explication de vote.

Mme Laurence Rossignol. Mme la rapporteure a bien fait d'évoquer le rapport de la commission des affaires sociales sur l'accès à l'IVG, qui a été adopté à l'unanimité des membres de la commission et qui est un document important.

Je pense que les auteurs de cet amendement ne souhaitent pas véritablement que l'on rédige un nouveau rapport sur le sujet. Dès lors que Mme la ministre a émis un avis de sagesse et a donné un certain nombre d'indications sur ses intentions, peut-être pourrions-nous déroger à nos règles habituelles et voter cet amendement ?

En fait, la question n'est pas tant de produire un nouveau rapport sur les conditions d'accès à l'IVG que d'obtenir du Gouvernement qu'il revienne vers nous, dans les délais inscrits dans l'amendement, sur les engagements qu'a pris Mme la ministre.

De fait, il se prend beaucoup d'engagements dans les PLFSS, mais nous-mêmes, parlementaires, n'en tenons pas toujours – malheureusement – le tableau de bord...

M. le président. La parole est à M. le président de la commission.

M. Philippe Moullier, *président de la commission des affaires sociales.* Je pense que, en ce vendredi soir, nous pourrions, pour une fois, faire une exception sur cet amendement, qui tend à prolonger l'action qui a été menée par la commission des affaires sociales.

Mme la ministre ayant donné son accord, je propose que nous le votions.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 386 rectifié *bis*.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 17.

L'amendement n° 389 rectifié *bis*, présenté par MM. P. Joly, Pla, Ros, Temal, Tissot et Roiron, Mmes Bonnefoy et Bélim, M. Uzenat, Mmes Narassiguin et Conway-Mouret, MM. Redon-Sarrazy, Fagnen et Devinaz, Mme Brossel, MM. Raynal et Chantrel, Mmes Artigalas et Monier, M. Kerrouche, Mme Linkenheld et MM. Michau, Bourgi, Stanzione, Chaillou et Ziane, est ainsi libellé :

Après l'article 17

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport évaluant le coût pour la sécurité sociale de la prise en charge des frais de transport entre leur domicile et les établissements de santé, pour les femmes qui souhaitent la réalisation d'une interruption volontaire de grossesse entre douze et quatorze semaines de grossesse dès lors qu'elles se trouvent dans les zones

caractérisées par une offre de soins particulièrement insuffisante au sens du 1° de l'article L. 1434-4 et en l'absence de moyens de transport en commun.

Ce rapport permet d'établir les modalités concrètes de prise en charge des différents modes de transports possibles, les conditions de son application et d'évaluer les conséquences de ce dispositif sur l'évolution des recettes et des dépenses de la sécurité sociale.

La parole est à M. Simon Uzenat.

M. Simon Uzenat. Je vais essayer d'obtenir une seconde fois gain de cause, même si je doute de mes chances de succès... *(Sourires.)*

On a cité le rapport de la commission des affaires sociales, porté par nos collègues Brigitte Devésa, Alain Milon et Cathy Apourceau-Poly, sur l'accès à l'IVG.

Depuis le décret du 23 avril 2024, les sages-femmes peuvent pratiquer les IVG instrumentales au sein des établissements de santé, en plus de celles qui sont réalisées par voie médicamenteuse.

En outre, la loi Gaillot de mars 2022 a allongé de deux semaines le délai légal – il a ainsi été porté de douze à quatorze semaines de grossesse – pour avoir recours à l'IVG dans un établissement de santé, c'est-à-dire une clinique ou un hôpital autorisé à pratiquer l'avortement.

Les IVG dites tardives ne représentent que 20 % des avortements, et de moins en moins d'établissements hospitaliers les réalisent, l'opération étant complexe et les volontaires peu nombreux.

Je ne reviens pas sur le nombre de disparitions de maternités et de centres IVG. Selon le planning familial, les chiffres sont édifiants, et cette situation oblige les femmes concernées à faire des trajets toujours plus longs pour accéder à l'IVG.

Malgré l'inscription dans la Constitution, l'accès à l'IVG reste donc inégal en France, en particulier dans les déserts médicaux, où cela peut relever du parcours de la combattante du fait d'un allongement des délais de consultation, d'un manque de personnel, etc.

De nombreuses femmes sont obligées de se rendre dans un établissement de santé souvent très éloigné de leur domicile. Or, à ce jour, dans un contexte où, dans de nombreux déserts médicaux, situés, en majorité, en zone rurale, l'accès à l'IVG instrumental ne tient qu'à un fil, aucun dispositif n'est prévu pour la prise en charge financière du transport.

Il convient de remédier à cet obstacle par une procédure bien tracée. Si l'article 40 nous oblige à proposer un rapport pour évoquer ce sujet – je n'y reviens pas –, l'enjeu est bien de garantir à toutes les femmes de pouvoir accéder à cette prise en charge des transports entre leur domicile et l'hôpital, où qu'elles habitent dans notre pays.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, *rapporteure.* Vous avez vous-même évoqué le rapport de la commission des affaires sociales, qui traite déjà du sujet.

Je ne nie pas que l'accès à l'IVG dite tardive soit encore insuffisant et qu'il y ait un problème sur les frais de transport, mais, puisqu'il s'agit d'une demande de rapport, l'avis est défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Je suis défavorable à un rapport. Ce qui m'importe, c'est que les frais de transport liés à une hospitalisation pour IVG tardive soient effectivement pris en charge.

Or ces IVG doivent être réalisées par voie instrumentale au sein d'un établissement de santé, et la prise en charge des frais de transport liés à une hospitalisation est déjà prévue dans le droit commun.

Je répète, par ailleurs, que nous travaillons sur la question de l'anonymisation.

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, pour explication de vote.

M. Alain Milon. Mon cher collègue, il est facile de demander des rapports !

Je me souviens que la loi Santé, dont j'ai été le rapporteur – Mmes Touraine et Rossignol étaient alors ministres –, comportait, à elle seule, cinquante-deux demandes de rapport.

Aujourd'hui encore, on multiplie les demandes de rapports.

Mme Rossignol doit bien se souvenir que, lors de l'examen de la future loi Santé, nous avons suggéré, pour que tous les rapports demandés au Gouvernement soient effectivement rédigés, que le Président de la République nomme un ministre chargé des rapports !

Mme Laurence Rossignol. Notre objectif est de faire remonter les sujets dans l'hémicycle !

M. le président. La parole est à M. Simon Uzenat, pour explication de vote.

M. Simon Uzenat. Ne nous trompons pas de débat.

Chacun sait ici – je l'ai bien compris, alors que je ne suis sénateur que depuis un peu plus d'un an – que, en réalité, sur ce sujet comme sur beaucoup d'autres, nos marges de manœuvre sont extrêmement réduites.

Laurence Rossignol me rappelle d'ailleurs qu'il vous arrive aussi de demander des rapports, mes chers collègues !

Le seul moyen que nous avons pour mettre un certain nombre de sujets sur la table sans que nos amendements soient déclarés irrecevables est de procéder ainsi. Ne faites pas croire que nous sommes des passionnés des rapports, qui voudraient passer leur vie à consulter des feuilles de papier !

Notre objectif est de changer la vie des gens, mais, en l'occurrence, nous n'avons pas la capacité, juridiquement parlant, de proposer de telles mesures.

Nous souhaitons simplement mettre le sujet sur la table pour que le Gouvernement prenne des engagements et les respecte, dans l'intérêt de nos compatriotes qui attendent ces évolutions.

Madame la ministre, notre engagement – je pense que c'est aussi le vôtre – est de faire bouger les choses concrètement. Or, aujourd'hui, les leviers dont disposent les parlementaires sont, de notre point de vue, beaucoup trop réduits, mais cela mériterait un autre débat...

Je vous saurais donc gré de ne pas travestir nos amendements ! En l'occurrence, il est question de l'accès à un droit fondamental, désormais protégé par la Constitution. C'est, me semble-t-il, une préoccupation partagée par l'ensemble des sénateurs.

En toute logique, cet amendement devrait donc être voté, même si j'ai bien compris que ce ne serait pas le cas.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Exactement !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 389 rectifié bis.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1059, présenté par Mmes M. Vogel, Ollivier, Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot, Mellouli et Salmon et Mme Senée, est ainsi libellé :

Après l'article 17

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 160-4 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'État, pris après avis du Conseil économique, social et environnemental et de l'Assemblée des Français de l'étranger ou, dans l'intervalle de ses sessions, de son bureau, précise les conditions dans lesquelles les anciens assurés qui ont cessé de bénéficier de la prise en charge de leurs frais de santé au titre de l'article L. 160-1 puisqu'elles ont cessé de remplir les conditions mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 111-1 recouvrent le bénéfice de la prise en charge de leurs frais de santé dans les meilleurs délais à leur retour sur le territoire. »

La parole est à Mme Anne Souyris.

Mme Anne Souyris. La situation actuelle serait tout simplement kafkaïenne si cette absurdité ne pénalisait pas, chaque année, des centaines de Françaises et de Français.

Mes chers collègues, si, de nationalité française et ayant vécu à l'étranger, vous décidez de rentrer en France pour une raison ou pour une autre, vous vous heurtez à un mur d'obstacles, à des démarches administratives complexes et, parfois, à des refus francs.

Il en est ainsi de la prise en charge de vos frais de santé au retour en France. En effet, dans les trois premiers mois après celui-ci, vous ne pouvez pas demander le remboursement de vos consultations médicales et des médicaments que vous achetez. C'est ce que l'on appelle le délai de carence.

À cause de cette règle, des Françaises et des Français se retrouvent dans des situations extrêmement précaires, alors même qu'ils vivent en France. Certains renoncent aux soins pendant cette période, mais d'autres n'ont pas le choix et doivent se rendre tout de même à l'hôpital, où ils se voient obligés de régler eux-mêmes la facture.

Ce n'est pas la première fois que le groupe Écologiste – Solidarité et Territoires alerte sur le délai de carence. L'année dernière, déjà, nous avons présenté cet amendement qui vise à aménager le délai de carence pour en réduire les impacts pour les anciens assurés qui rentrent en France.

Le Sénat a voté la mesure, même si le précédent gouvernement l'avait fait supprimer dans la suite des discussions budgétaires. Nous savons donc que c'est possible. Il serait envisageable, par exemple, d'élargir la liste des motifs ouvrant droit à un remboursement immédiat des frais de santé. Ce

qui est aujourd'hui déjà le cas pour les personnes qui commencent immédiatement à travailler devrait être élargi aux étudiants et aux proches aidants, entre autres.

De même, les personnes qui peuvent fournir la preuve qu'elles louent un appartement et s'y sont installées devraient récupérer immédiatement le droit au remboursement de leurs frais de santé.

Cet amendement, déposé par ma collègue Mélanie Vogel, a pour objet d'aménager le délai de carence par décret.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Il semble en effet souhaitable d'adapter certaines dispositions – je dis bien « certaines » – au cas particulier des Français qui reviennent de l'étranger et ne peuvent satisfaire à la condition de résidence stable et régulière.

Il s'agit d'éviter, comme vous le disiez, ma chère collègue, qu'ils ne soient lésés individuellement.

Par cohérence avec l'avis qu'elle a émis l'année dernière, la commission est favorable à votre amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Les situations sont très nombreuses et totalement différentes – je n'en ferai pas la liste –, mais, dans la majorité des cas, le délai de carence ne s'applique pas.

Le délai de carence s'applique essentiellement aux personnes qui ne conservent pas de droits de leur précédent régime, ne travaillent pas en arrivant en France et ne résident pas depuis au moins trois mois en France. Ces personnes peuvent souscrire une assurance volontaire en attendant de pouvoir s'affilier pendant trois mois.

L'avis est donc défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1059.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 17.

L'amendement n° 1131 rectifié *bis*, présenté par Mme Bourcier, M. Chasseing, Mme Lermytte, MM. Capus et Rochette, Mme L. Darcos, M. Brault, Mme Paoli-Gagin et MM. Grand et Omar Oili, est ainsi libellé :

Après l'article 17

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 1° est abrogé ;

2° Le 2° est ainsi modifié :

a) Après le mot : « financière », sont insérés les mots : « déterminée par décret » ;

b) À la fin, les mots : « comprises entre le plafond mentionné au 1° et ce même plafond majoré de 35 % » sont remplacés par les mots : « inférieures à un plafond déterminé par décret ».

La parole est à Mme Laure Darcos.

Mme Laure Darcos. Actuellement, les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) bénéficient d'une complémentaire santé sans frais et sont totalement exonérés de franchises et de forfaits sur les consultations médicales.

Si la solidarité doit s'appliquer envers les plus précaires, surtout en matière de santé, il n'apparaît pas justifié que la santé puisse être totalement gratuite, d'autant plus dans le contexte budgétaire actuel de notre pays.

Les bénéficiaires de la C2S bénéficient déjà d'une tarification avantageuse en matière d'accès aux soins. On pourrait envisager qu'ils participent, de façon minorée et à proportion de leurs revenus, à leurs frais de santé, à l'instar de tous les Français.

Le présent amendement vise ainsi à supprimer la gratuité de la C2S. La santé n'est pas gratuite ; elle a toujours un coût pour la société.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. L'intention des auteurs de cet amendement pourrait être intéressante, mais il convient de reconnaître qu'elle se heurte à des problématiques de santé publique qu'il faudrait évaluer.

Une étude d'impact plus poussée sur l'accès aux soins d'un point de vue financier a semblé nécessaire à la commission avant qu'elle ne puisse envisager d'accepter une telle mesure.

Pour l'heure, elle émet un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Les foyers qui bénéficient de la gratuité ont des ressources inférieures à 847 euros par mois pour une personne seule, donc sous le seuil de pauvreté qui est de 1 216 euros.

Je pense que cette gratuité fait partie de la solidarité nationale !

L'avis est défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge, pour explication de vote.

Mme Raymonde Poncet Monge. Je crois savoir que, à partir d'un certain niveau de revenus, la C2S n'est pas gratuite – suivant les situations, jusqu'à 25 euros par mois pour des personnes âgées, ou 300 euros par an. C'est très euphémisé, parce qu'on nous dit que cela représente moins d'un euro par jour, une autre façon de présenter les choses...

Or la santé, c'est comme l'éducation. Cela va même plus loin, parce que nous devons appliquer le principe fondateur de la sécurité sociale, qui est « de chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins ».

Mes chers collègues, vous avez un peu de mal à intégrer ce principe. C'est pourtant toute la philosophie de la sécurité sociale ! Que voulez-vous prendre à des gens qui ont des revenus aussi bas ? Peut-être quelques centimes par jour ?

Je le redis : la C2S n'est pas toujours gratuite et il ne faut pas oublier, comme c'est régulièrement le cas, les principes fondateurs de la sécurité sociale – les sénateurs de gauche s'emploient pourtant à les répéter.

M. le président. La parole est à M. Xavier Iacovelli, pour explication de vote.

M. Xavier Iacovelli. Je remercie la commission et Mme la ministre pour leur avis défavorable.

Oui, la santé n'est pas gratuite. Oui, nous avons besoin de faire de la pédagogie sur le coût réel de la santé et de savoir combien coûtent exactement à la solidarité nationale nos consommations en médicaments et en soins médicaux.

Mais, comme cela a été rappelé, la C2S peut être gratuite ou être soumise à une contribution, selon les ressources du foyer. L'amendement vise donc à frapper les très petits revenus.

Je rappelle en outre que 44 % de ceux qui pourraient en bénéficier ne recourent même pas à la C2S ! Favorisons l'accès aux soins pour les petits revenus, en promouvant la C2S plutôt qu'en faisant contribuer ces personnes davantage.

Je suis évidemment défavorable à l'amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1131 rectifié *bis*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 17 bis (nouveau)

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Après l'article L. 1411-6-2, il est inséré un article L. 1411-6-4 ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. 1411-6-4.* – Les femmes en situation de handicap résidant dans un établissement mentionné aux 2°, 7° et 12° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles bénéficient de consultations longues de suivi gynécologique et en santé sexuelle.
- ④ « Les personnes handicapées résidant dans des établissements médico-sociaux mentionnés au premier alinéa du présent article bénéficient de séances d'éducation à la vie sexuelle et affective et de sensibilisation aux violences sexuelles et sexistes. » ;
- ⑤ 2° L'article L. 1411-7 est ainsi modifié :
- ⑥ a) À la fin du 1°, les mots : « et L. 1411-6-2 » sont remplacés par les mots : « , L. 1411-6-2 et L. 1411-6-4 » ;
- ⑦ b) À la fin du 6°, les mots : « à l'article L. 1411-6-2 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 1411-6-2 et L. 1411-6-4 ».
- ⑧ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑨ 1° Après le 5° de l'article L. 160-8, il est inséré un 5° *bis* ainsi rédigé :
- ⑩ « 5° *bis* La couverture des frais relatifs aux actes et aux traitements à visée préventive réalisés dans le cadre du programme mentionné à l'article L. 1411-6-4 ; »
- ⑪ 2° À la première phrase du premier alinéa du I de l'article L. 160-13, après la première occurrence de la référence : « 2° », est insérée la référence : « , 5° *bis* » ;
- ⑫ 3° La section 8 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} est complétée par un article L. 162-38-3 ainsi rédigé :
- ⑬ « *Art. L. 162-38-3.* – Par dérogation aux articles L. 162-1-7, L. 162-5, L. 162-9 et L. 162-14-1, un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé définit le tarif des consultations prévues à l'article L. 1411-6-4 du code de la santé publique. »

M. le président. La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge, sur l'article.

Mme Raymonde Poncet Monge. Nous tenons à nous réjouir de l'inscription dans la loi, à travers cet article 17 *bis*, de mesures d'handigynécologie.

Rappelons que, selon le Comité femmes du Forum européen des personnes handicapées, les femmes handicapées sont victimes de traitements discriminatoires et de maltraitements qui affectent particulièrement leur santé et leurs droits sexuels et reproductifs, avec des conséquences importantes et parfois irrémédiables sur leur vie.

De plus, selon le Fonds des Nations unies pour la population, entre 40 % et 68 % des jeunes femmes handicapées subissent des violences sexuelles avant l'âge de 18 ans.

Nous avons déposé une proposition de loi sur les violences obstétricales et sexuelles. Nous avons alors dénoncé ces discriminations.

En France, les femmes en situation de handicap ont un moindre accès aux soins. Ce fait étant documenté, un programme expérimental dénommé Handigynéco a été déployé dans plusieurs régions par les ARS.

L'article 17 *bis* prolonge ce programme dans la loi, afin que les femmes en situation de handicap résidant dans certains types d'établissements médico-sociaux accèdent à des consultations longues de suivi gynécologique et en santé sexuelle, ainsi qu'à des séances d'éducation à la vie affective et sexuelle et de sensibilisation aux violences sexuelles et sexistes.

Il s'agit d'un pas important, mais nous appelons, par cette prise de parole – l'article 40 de la Constitution nous empêche de le faire par amendement –, à une extension du dispositif à toutes les structures médico-sociales et sociales, notamment les centres d'accueil pour demandeurs d'asile (Cada).

Pour que ce dispositif bénéficie à toutes les femmes en situation de handicap, les consultations longues en gynécologie médicale devraient également être proposées en ville et être intégralement remboursées par l'assurance maladie. Je précise qu'il s'agit d'une demande du Conseil national de l'ordre des sages-femmes, que nous soutenons.

M. le président. La parole est à Mme Anne Souyris, sur l'article.

Mme Anne Souyris. Pour compléter l'intervention de Raymonde Poncet Monge, je veux simplement ajouter que c'est grâce au député écologiste Sébastien Peytavie que le programme Handigynéco entre dans le droit commun.

Cet article organise une prise en charge gynécologique intelligente des femmes handicapées en s'inscrivant dans une démarche d'« aller vers », ce qui est absolument essentiel. Il est pertinent de confier ces consultations aux sages-femmes, car elles sont les actrices majeures de la santé des femmes et de la prévention.

Alors que les personnes handicapées sont stigmatisées et souvent associées à tort à des agresseurs sexuels, les chiffres démontrent l'inverse : elles sont en réalité les premières victimes. En effet, les femmes handicapées sont surexposées aux violences sexuelles : une sur cinq a déjà été victime de viol, y compris – et c'est important – en institution. Ainsi, la sensibilisation des soignants et du personnel institutionnel aux violences sexuelles sur les patients doit être systématique et obligatoire. Il s'agit d'une urgence humaine.

M. le président. L'amendement n° 162, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 10

Remplacer les mots :

à visée préventive réalisés dans le cadre du programme mentionné

par le mot :

mentionnés

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Il s'agit d'un amendement de clarification rédactionnelle.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Je suis très favorable à cet amendement rédactionnel.

Mesdames Poncet Monge et Souyris, les financements nécessaires au déploiement d'Handigynéco ont bien été pris en compte lors de la conférence nationale du handicap d'avril 2023. Je suis particulièrement bien placée pour le savoir, puisque j'ai organisé cette conférence en tant que ministre déléguée chargée des personnes handicapées. Aussi, je me réjouis que nous tenions parole en généralisant le programme au travers de cet article.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 162.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 17 bis, modifié.

(L'article 17 bis est adopté.)

Article 17 ter (nouveau)

- ① I. – L'article L.2132-2-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° À la première phrase du premier alinéa, au début, les mots : « Dans l'année qui suit leur troisième, leur sixième, leur neuvième, leur douzième et leur quinzième » sont remplacés par les mots : « À partir de l'année qui suit leur troisième » et, après le mot : « prévention », il est inséré le mot : « annuel » ;
- ③ 2° Au deuxième alinéa, les mots : « , leur vingt et unième et » sont remplacés par les mots : « anniversaire et jusqu'à l'année qui suit » et, après le mot : « prévention », il est inséré le mot : « annuel » ;
- ④ 3° Le troisième alinéa est supprimé.
- ⑤ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑥ 1° À la première phrase du premier alinéa du I de l'article L.160-13, après la première occurrence de la référence : « 2° », est insérée la référence : « , 6° » ;
- ⑦ 2° Au 17° de l'article L.160-14, les mots : « relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné au 6° de l'article L.160-8 ou » sont supprimés ;
- ⑧ 3° L'article L.162-1-12 est ainsi rédigé :
- ⑨ « Art. L.162-1-12. – Les bénéficiaires de l'examen bucco-dentaire de prévention mentionné à l'article L.2132-2-1 du code de la santé publique ainsi que des soins dentaires réalisés dans les six mois suivant cet examen, à l'exception des inlay-onlay ainsi que des soins prothétiques et d'orthopédie dento-faciale, sont intégralement dispensés de l'avance de frais pour ces actes. »

- ⑩ III. – Le présent article et l'ensemble des mesures afférentes prévues aux articles 24.1 à 24.2.1.4 du sous-titre I du titre III et à l'article 28 du sous-titre II du titre III de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'assurance maladie publiée au *Journal officiel* du 25 août 2023 sont applicables à compter du 1^{er} avril 2025.

M. le président. La parole est à Mme Anne Souyris, sur l'article.

Mme Anne Souyris. Je salue la réforme de l'examen de prévention bucco-dentaire M'T dents, qui concerne les personnes âgées de 3 ans à 24 ans. L'annualisation de ce rendez-vous renforcera la prévention en santé dentaire. En tant qu'ancienne professeure des écoles, je peux vous dire que c'est absolument essentiel.

Toutefois, je regrette que l'on profite de cette annualisation pour réformer le modèle de financement. Le financement intégral de cet examen par l'assurance maladie était justement le principal intérêt du dispositif, car il donnait accès aux soins dentaires à tous les enfants, sans critères économiques, dans une démarche d'« aller vers ». En effet, nous le savons, les soins dentaires sont particulièrement coûteux et sont trop souvent réservés aux plus aisés.

Lorsque cet article entrera en vigueur, l'examen ne sera plus que partiellement remboursé par l'assurance maladie et il reviendra à chaque assuré d'en financer une partie au travers de sa complémentaire santé. Je remercie la rapporteure d'avoir déposé un amendement visant à garantir que 95 % des complémentaires prennent intégralement en charge cet examen.

Toutefois, madame la ministre, *quid* des enfants qui ne disposent pas d'une complémentaire ? Que prévoyez-vous pour ne laisser aucun enfant sur le bord du chemin ?

M. le président. L'amendement n° 163, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 9

Compléter cet alinéa par les mots :

sur la part des dépenses prise en charge par l'assurance maladie et sur la part des dépenses prise en charge, le cas échéant, par l'organisme d'assurance maladie complémentaire

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Comme vient de l'expliquer Anne Souyris, cet amendement vise à mentionner explicitement le fait que la dispense intégrale d'avance de frais prévue au titre de l'examen de prévention bucco-dentaire et des soins associés couvre à la fois la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et celle prise en charge par l'assurance maladie complémentaire.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Avis de sagesse, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 163.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 164 est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 1182 est présenté par Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, MM. Fichet et Jomier, Mmes Lubin, Bélim, Poumirol et Rossignol, MM. Bourgi et Ros, Mmes Linkenheld et Narassiguin, MM. Ziane et Féraud, Mme Brossel, MM. Fagnen et Chantrel, Mme Conway-Mouret, MM. Darras, Michau, Mérillou et Montaugé, Mme Bonnefoy, M. Roiron, Mme Blatrix Contat, MM. Jeansannetas et Vayssouze-Faure, Mme G. Jourda, M. M. Weber, Mme Monier, MM. Marie, Tissot, Durain, Chaillou et Uzenat, Mme Artigalas, MM. Redon-Sarrazy, Ouizille, Pla et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'alinéa 9

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Le troisième alinéa de l'article L. 871-1 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Pour les prestations prévues au 6° de l'article L. 160-8, ces règles prévoient la prise en charge totale de la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie prévue au I de l'article L. 160-13. »

La parole est à Mme la rapporteure, pour présenter l'amendement n° 164.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement vise à prendre en charge intégralement le ticket modérateur sur les examens de prévention bucco-dentaire dans le cadre des contrats solidaires et responsables, dans lequel s'inscrit plus de 95 % du marché de la complémentaire santé en France.

Il s'agit de garantir qu'associer les complémentaires santé au financement de ce programme ne constituera pas un frein financier pour les assurés. À cet effet, il convient d'inscrire dans la loi l'absence de reste à charge pour l'assuré au-delà du tiers payant intégral déjà prévu par l'article.

M. le président. La parole est à Mme Annie Le Houerou, pour présenter l'amendement n° 1182.

Mme Annie Le Houerou. Dans le cadre du virage préventif, l'article 17 *ter* modifie la périodicité des examens de prévention bucco-dentaire, qui est actuellement de trois ans, entre 3 ans et 24 ans, pour la rendre annuelle.

Dans sa rédaction actuelle, il introduit également une évolution du financement de ces examens. Alors qu'ils étaient jusqu'à présent entièrement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire, cet article prévoit une participation des organismes complémentaires à hauteur de 40 %.

Cet amendement vise à garantir une prise en charge intégrale du ticket modérateur des examens de prévention bucco-dentaire par les organismes complémentaires dans le cadre des contrats solidaires et responsables, qui représentent plus de 95 % du marché. Son objectif est de limiter les répercussions négatives de l'augmentation du ticket modérateur sur le recours à ces rendez-vous de prévention, qui sont essentiels pour la santé bucco-dentaire des enfants et des jeunes adultes.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Avis de sagesse, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 164 et 1182.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 17 *ter*, modifié.

(L'article 17 *ter* est adopté.)

Article 17 *quater* (nouveau)

- ① I. – Après l'article L. 6323-1-14 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6323-1-14-1 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 6323-1-14-1. – I. – Par dérogation au dernier alinéa de l'article L. 6323-1, les centres de santé et de médiation en santé sexuelle assurent, en sus des missions prévues au I de l'article L. 3121-2, les parcours de santé sexuelle, notamment par la prise en charge infectiologique, gynécologique, endocrinologique, addictologique et psychologique des patients. Ces centres assurent un accompagnement communautaire, particulièrement par la médiation sanitaire prévue à l'article L. 1110-13.
- ③ « II. – Par dérogation au I de l'article L. 6323-1-11, l'ouverture des centres de santé et de médiation en santé sexuelle est autorisée par le directeur général de l'agence régionale de santé, après sélection dans le cadre d'un appel à manifestations d'intérêts, et est subordonnée au respect d'un cahier des charges défini par arrêté du ministre chargé de la santé. Ce cahier des charges définit les critères épidémiologiques et démographiques d'implantation des centres de santé et de médiation en santé sexuelle. La liste des régions d'implantation et le nombre de centres de santé et de médiation en santé sexuelle par région sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.
- ④ « III. – Le dernier alinéa de l'article L. 6323-1 et le II *bis* de l'article L. 6323-1-12 ne s'appliquent pas aux centres de santé et de médiation en santé sexuelle.
- ⑤ « IV. – Pour l'application des articles L. 6323-1-10 et L. 6323-1-13, un arrêté du ministre chargé de la santé précise le contenu du projet de santé et les conditions dans lesquelles les professionnels de santé du centre sont associés à son élaboration, le contenu du règlement de fonctionnement et les informations dont la transmission est exigée pour un centre de santé et de médiation en santé sexuelle au directeur général de l'agence régionale de santé.
- ⑥ « V. – Par dérogation aux articles L. 162-1-7 et L. 162-32 à L. 162-32-4 du code de la sécurité sociale, les modalités de financement des centres de santé et de médiation en santé sexuelle sont définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »
- ⑦ II. – Après le 31° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 32° ainsi rédigé :
- ⑧ « 32° Pour les frais occasionnés par une prise en charge dans les centres de santé et de médiation en santé sexuelle mentionnés à l'article L. 6323-1-14-1 du code de la santé publique. »

M. le président. La parole est à Mme Anne Souyris, sur l'article.

Mme Anne Souyris. Je suis très heureuse que les centres de santé d'approche communautaire entrent enfin dans le droit commun, sous la dénomination de centres de santé et de médiation en santé sexuelle (CSMSS). Cela témoigne du fait que notre modèle de santé de demain se met peu à peu en place.

En votant cet article élaboré avec les associations concernées, nous affirmons que nous croyons à une santé publique innovante, inclusive et communautaire. Nous disons aux populations vulnérables que nous les voyons, que nous les entendons et que nous ne les laisserons plus à la marge.

Ces centres sont la preuve qu'une autre approche est possible. En les pérennisant, nous reconnaissons que la prévention et le soin ne peuvent fonctionner sans l'implication des communautés elles-mêmes; nous disons que les solutions viennent aussi des premiers concernés.

Des réalités pourtant documentées continuent d'être ignorées: pour de nombreuses personnes, une consultation médicale est encore synonyme d'inconfort, voire de danger, à cause de questions mal posées, de regards gênants, de jugements implicites ou même d'une méconnaissance totale des enjeux de santé relatifs aux personnes LGBT+ ou aux travailleurs du sexe, ne serait-ce que la prophylaxie pré-exposition (PrEP).

Ces personnes pourront désormais se rendre dans un centre où d'autres personnes confrontées aux mêmes problèmes et connaissant très bien tous les sujets relatifs à leur parcours les accompagneront. Elles bénéficieront de soins, d'écoute et d'un accompagnement sans tabou ni jugement sur leurs pratiques.

Par ailleurs, au vu de leur public et de leur mission, ces centres de santé et de médiation en santé sexuelle doivent devenir la pierre angulaire d'un futur réseau d'acteurs et de structures prenant en charge les personnes pratiquant le *chemsex*. Madame la ministre, j'attends de vous que vous vous engagiez à enfin déployer le plan *chemsex* que les associations attendent; il est plus que temps.

M. le président. La parole est à Mme Annie Le Houerou, sur l'article.

Mme Annie Le Houerou. Je tiens à saluer l'instauration de rendez-vous de prévention en santé sexuelle et reproductive. Les mécanismes de prévention actuels sont en échec: les infections sexuellement transmissibles (IST) sont en forte augmentation et l'utilisation du préservatif a nettement reculé chez la jeune génération.

Dès lors, dans le cadre d'une approche globale de la santé génésique, il convient de développer la prévention en la matière à tous les âges de la vie: la puberté, l'entrée dans l'âge moyen de reproduction, puis la ménopause ou l'andropause.

Il est également grand temps de partager la charge de la santé sexuelle entre les hommes et les femmes. Ces dernières sont davantage impliquées pour des raisons sociétales, mais aussi parce que les consultations gynécologiques sont généralisées. C'est à nous, législateurs, de veiller à la bonne santé sexuelle de tous.

M. le président. L'amendement n° 165, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé:

Alinéa 2, première phrase

Supprimer les mots:

Par dérogation au dernier alinéa de l'article L. 6323-1,

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Avis favorable, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 165.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1348, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé:

I. – Alinéa 2, première phrase

1° Supprimer le mot:

assurent

2° Remplacer la seconde occurrence du mot:

les

par les mots:

organisent des

II. – Alinéa 3, première phrase

1° Après le mot:

intérêts

supprimer le signe:

,

2° Remplacer les mots:

est subordonnée au

par les mots:

de la vérification du

III. – Alinéa 5

1° Remplacer les mots:

dont la transmission est exigée pour

par le mot:

qu'

2° Après le mot:

sexuelle

insérer les mots:

doit transmettre

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Il s'agit également d'un amendement rédactionnel.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1348.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 711 rectifié, présenté par Mmes Rossignol et Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, MM. Fichet et Jomier, Mmes Lubin et Poumirol, MM. Bourgi et Ros, Mmes Linkenheld et Narasiguin, MM. Ziane et Lurel, Mme Bélim, M. Féraud, Mme Harribey, M. Gillé, Mme Brossel, MM. Fagnen et Chantrel, Mme Conway-Mouret, MM. Darras, Michau, Mérillou et Montaugé, Mme Bonnefoy, M. Roiron, Mme Blatrix Contat, M. Jeansannetas, Mme G. Jourda,

MM. Vayssouze-Faure et M. Weber, Mme Monier, MM. P. Joly, Marie, Tissot, Durain et Chaillou, Mme Artigalas, MM. Redon-Sarrazy, Ouizille, Pla, Uzenat et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 2, après la première phrase

Insérer une phrase ainsi rédigée :

Ces centres sont associés aux objectifs de promotion de la santé sexuelle mis en œuvre dans le cadre des rendez-vous de prévention prévus à l'article L. 1411-6-2 du code de la santé publique

La parole est à Mme Laurence Rossignol.

Mme Laurence Rossignol. Cet amendement vise à ajouter aux missions des centres de santé et de médiation en santé sexuelle, à vocation communautaire, les rendez-vous de prévention prévus par l'article L. 1411-6-2 du code de la santé publique.

Il s'agit d'une demande du Conseil national de l'ordre des sages-femmes.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Je suis tout à fait d'accord avec le fait que les centres de santé et de médiation en santé sexuelle doivent exercer des missions de prévention. C'est d'ailleurs le rôle de ces centres que de favoriser la prévention en santé, de réaliser des dépistages précoces pour que les traitements interviennent plus tôt et de sensibiliser les publics éloignés de la santé sexuelle.

Toutefois, les rendez-vous de prévention ont un objet beaucoup plus large que les missions assurées par ces nouveaux centres. Je rappelle qu'ils visent notamment, en fonction des besoins, à promouvoir une activité physique et sportive et une alimentation favorable à la santé, à prévenir les cancers, les addictions et l'infertilité et à promouvoir la santé mentale et la santé sexuelle.

Pour ce qui concerne cette dernière, je ne vois pas de difficulté à ce que ces centres poursuivent, auprès des publics spécifiques qui y sont pris en charge, les mêmes objectifs de prévention que les rendez-vous auxquels vous faites référence.

La commission sollicite l'avis du Gouvernement sur le fond et sur les éventuelles conséquences financières d'une association des centres de santé et de médiation en santé sexuelle à la mise en œuvre des rendez-vous de prévention.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Je suis d'accord avec la rapporteure. J'ajoute que les rendez-vous de prévention doivent être réalisés à plusieurs âges clés de la vie dans une approche de santé globale : à l'enfance, à l'adolescence, à l'âge adulte, durant la vieillesse...

Les centres de santé et de médiation en santé sexuelle travaillent à prévenir les maladies sexuellement transmissibles sur un public spécifique, tandis que le spectre des missions des rendez-vous de prévention est beaucoup plus large.

De plus, pour tout vous dire, seuls quatre ou cinq centres supplémentaires ouvriront d'ici à 2028. L'ensemble du territoire ne sera donc pas couvert.

Le Gouvernement émet un avis défavorable sur cet amendement.

Mme Laurence Rossignol. Ce n'est pas pour que ces centres le fassent à la place des autres structures ; c'est une possibilité supplémentaire !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n°711 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 17 *quater*, modifié.

(L'article 17 quater est adopté.)

Article 17 *quinquies* (nouveau)

- ① Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au 29° de l'article L. 160-14, après le mot : « humains », sont insérés les mots : « et du vaccin contre les infections invasives à méningocoques » ;
- ③ 2° Au premier alinéa du I de l'article L. 162-38-1, après le mot : « humains », sont insérés les mots : « et les infections invasives à méningocoques ».

M. le président. La parole est à Mme Anne Souyris, sur l'article. *(Marques d'impatience sur les travées du groupe Les Républicains.)*

Mme Anne Souyris. Cachez votre joie... Notre travail ne consiste pas uniquement en de la rédaction technique, nous pouvons également nous exprimer sur le fond des sujets ! L'ensemble de notre sécurité sociale est en jeu.

Je salue l'insertion par le Gouvernement de cet article qui élargit la campagne nationale de vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV) aux infections invasives à méningocoques. La Haute Autorité de santé recommandant de vacciner les adolescents de 11 ans à 14 ans contre les méningocoques, cette mesure me semble très intéressante.

Toutefois, permettez-moi, madame la ministre, de vous interroger : la campagne nationale contre les HPV a-t-elle été efficace ? Quels sont les freins à cette campagne ? La LFSS pour 2024, qui a institué cette dernière, prévoyait la remise d'un rapport d'évaluation avant le 26 décembre 2024. Il reste un mois au Gouvernement pour détromper la conviction du Sénat sur le fait qu'il ne remet pas les rapports qu'on lui demande...

À Paris, la campagne contre les HPV n'aurait permis de vacciner que 16 % de la tranche d'âge ciblée. En juin dernier, Frédéric Valletoux annonçait que 130 000 élèves de cinquième sur 840 000 auraient reçu une dose de vaccin. Quelle évaluation faites-vous de la campagne de vaccination ? Qu'allez-vous mettre en œuvre pour en améliorer l'efficacité ?

M. le président. Je mets aux voix l'article 17 *quinquies*.

(L'article 17 quinquies est adopté.)

Après l'article 17 *quinquies*

M. le président. L'amendement n°732, présenté par Mme G. Jourda, M. M. Vallet, Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne, Féret et Poumirol, MM. Fichet et Jomier, Mmes Lubin et Rossignol, MM. Bourgi et Ros, Mmes Linkenheld et Narassiguin, MM. Ziane et Lurel, Mme Bélim, M. Féraud, Mme Harribey, M. Gillé, Mme Brossel, MM. Fagnen et Chantrel, Mme Conway-Mouret, MM. Darras, Michau, Mérillou et Montaugé, Mme Bonnefoy, M. Roiron,

Mme Blatrix Contat, MM. Jeansannetas, Vayssouze-Faure et M. Weber, Mme Monier, MM. P. Joly, Marie, Tissot, Durain et Chaillou, Mme Artigalas, MM. Redon-Sarrazy, Ouizille, Pla, Uzenat et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 17 *quinquies*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le deuxième alinéa de l'article L. 1111-15 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Dans un objectif d'amélioration du suivi des expositions environnementales, les professionnels de santé sont sensibilisés à la nécessité de saisir dans le dossier médical partagé, sous réserve du consentement du patient ou de son représentant légal, chaque fois qu'ils en ont connaissance, toute donnée d'exposition à des substances, agents, rayonnements ou d'autres éléments présents dans l'environnement susceptibles de présenter un danger pour la santé, notamment à la suite d'un accident industriel ou technologique, dans le cadre d'une activité professionnelle ou suite à une exposition significative à des produits phytosanitaires.

La parole est à Mme Marion Canalès.

Mme Marion Canalès. Cet amendement vise à encourager l'inscription dans le dossier médical partagé (DMP) par tout professionnel de santé de l'ensemble des données d'exposition environnementale à des substances polluantes, sous réserve du consentement du patient ou de son responsable légal.

Il reprend l'article 15 de la proposition de loi de Gisèle Jourda visant à refonder la politique de gestion des sites et sols pollués en France, qui faisait suite à la commission d'enquête sur les problèmes sanitaires et écologiques liés aux pollutions des sols qui ont accueilli des activités industrielles ou minières et sur les politiques publiques et industrielles de réhabilitation de ces sols. Cette proposition de loi a été cosignée par plus de cent quarante sénateurs, donc au-delà de notre seul groupe.

Le dossier médical partagé représente un outil opérationnel. Nous nous plaignons régulièrement du manque de statistiques sur la pollution environnementale. Cela a notamment été le cas durant les travaux de la mission d'information sur l'avenir de la santé périnatale et son organisation territoriale.

Ces données pourront être utilisées pour alimenter des registres de morbidité, existants ou à créer, pour des affections en lien avec des expositions environnementales, ainsi que des registres de cancers et de malformations congénitales.

Je vous invite donc, mes chers collègues, à bien vouloir adopter cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La portée juridique de ce dispositif semble incertaine, puisqu'il prévoit seulement de « sensibiliser » les professionnels de santé à la nécessité de saisir dans le DMP toute donnée d'exposition à des substances, agents ou rayonnements environnementaux.

La liste des documents devant obligatoirement être versés dans le DMP est déjà fixée par le code de la santé publique, et comprend notamment les résultats d'analyse biologique ou les comptes rendus réguliers du médecin traitant.

La commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Même avis, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 732.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 391 rectifié, présenté par Mmes Billon, Antoine, N. Goulet, Guidez, Jacquemet, Morin-Desailly, Patru, Perrot, O. Richard, Romagny, Saint-Pé et Sollogoub et MM. Bleunven, Cadic, Cambier, Capo-Canellas, Courtial, Delahaye, S. Demilly, Lafon, Levi, Longeot et Hays, est ainsi libellé :

Après l'article 17 *quinquies*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le premier de l'alinéa de l'article L. 162-13-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le premier alinéa s'applique aux examens de dépistage et aux tests de détection du SARS-CoV-2 inscrit à la nomenclature des actes de biologie médicale ».

La parole est à Mme Jocelyne Guidez.

Mme Jocelyne Guidez. Il s'agit d'un amendement d'Annick Billon.

Compte tenu du recul très net du covid-19 grâce au développement des dispositifs de lutte contre celui-ci – vaccination, autotests –, nous pouvons nous interroger sur la pertinence de maintenir la prise en charge des dépistages sans qu'une prescription ait été délivrée au préalable.

Des pays voisins comme l'Allemagne et l'Espagne ont déjà restreint la gratuité des tests covid-19 aux cas justifiés médicalement et la France pourrait s'inspirer de ces modèles pour optimiser ses ressources en santé. *(Marques d'approbation sur des travées du groupe UC.)*

Aussi, cet amendement vise à supprimer la prise en charge par l'assurance maladie des tests de dépistage et de détection du covid-19 réalisés sans prescription médicale.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Si nous inscrivons ces dispositions dans la loi, l'adoption d'une nouvelle loi serait nécessaire dans le cas où une nouvelle pandémie se déclarerait.

De telles mesures relèvent plutôt d'un arrêté et c'est au Gouvernement de décider si nous pouvons continuer de prendre en charge les tests antigéniques et PCR de dépistage.

La commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

Mme Jocelyne Guidez. Je le retire !

M. le président. L'amendement n° 391 rectifié est retiré.

L'amendement n° 514, présenté par M. G. Blanc, Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, M. Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

Après l'article 17 *quinquies*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans le cadre de la préparation de la loi de financement de la sécurité sociale de l'année suivante, un rapport est remis et présenté par le Gouvernement au Parlement au plus tard le 30 juin de l'année en cours. Ce rapport procède à une évaluation de l'atteinte des objectifs fixés dans la stratégie nationale de santé au regard des moyens alloués par les lois de financement de la sécurité sociale précédente. En fonction de ces résultats, il propose de renforcer les moyens consacrés à certains objectifs et d'en alléger d'autres.

La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge.

Mme Raymonde Poncet Monge. Il s'agit d'un amendement de Grégory Blanc.

Les lois de financement de la sécurité sociale sont de plus en plus techniques, et elles sont votées dans des délais particulièrement restreints. Au regard des moyens sur lesquels ils se prononcent dans ce cadre, les parlementaires ne disposent que de peu d'éléments pour apprécier les résultats obtenus en matière de santé publique. Même le rapport sur les charges et les produits de l'assurance maladie ne procède pas – ou peu – à une telle analyse coûts-avantages. Surtout, il est dépourvu de vision pluriannuelle.

C'est la raison pour laquelle cet amendement, notamment élaboré avec la Croix-Rouge, tend à lier la stratégie nationale de santé avec l'examen annuel du PLFSS afin que cet examen ne se limite pas à un exercice exclusivement comptable et budgétaire.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement vise à demander la remise d'un rapport annuel sur l'évaluation de l'atteinte des objectifs fixés dans la stratégie nationale de santé.

Au-delà de sa doctrine défavorable aux demandes de rapport, la commission considère que la mission d'information qu'elle mènera dans les mois à venir sur la prévention en santé sera en mesure de formuler des recommandations plus précises sur l'information du Parlement relative aux moyens alloués à cette politique.

La commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Même avis, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 514.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 571 rectifié, présenté par Mmes Le Houerou et Poumirol, MM. Montaugé et Uzenat, Mme Bélim, MM. Tissot et Pla, Mmes Conway-Mouret et Bonnefoy, MM. Redon-Sarrazy, Fagnen, Cozic et Michau, Mme Monier et MM. Ziane, Bourgi et Mérillou, est ainsi libellé :

Après l'article 17 *quinquies*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À compter d'un an après la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'application de l'article L. 1417-1 du code de la santé publique et de ses déclinaisons en politiques

publiques de prévention en santé. Notamment, sont évalués en les investissements de l'État dans la prévention et leurs rendements en dépenses évitées.

La parole est à Mme Annie Le Houerou.

Mme Annie Le Houerou. Cet amendement vise à demander la remise d'un rapport pour évaluer les investissements de l'État dans la prévention et leur rendement en dépenses évitées.

Alors qu'il est communément et scientifiquement admis que la prévention en santé entraîne un gain financier pour l'État, mais aussi un gain en qualité de vie pour les assurés, le manque d'investissement en la matière pèse de plus en plus sur la santé de chacun. En effet, la consommation de soins augmente et la transformation démographique de la France appelle à des politiques permettant de vieillir en bonne santé.

De même, alors que le Gouvernement prévoit, par ce texte et par voie réglementaire, de réduire la prise en charge des arrêts maladie et des consultations médicales, il convient d'explorer le poids des conditions de travail sur l'augmentation du recours aux arrêts maladie. Pour les professionnels de santé, il s'agit de développer la prévention primaire.

L'Igasa a publié la semaine dernière un rapport dans lequel figure cette recommandation : « Pour que la prévention primaire puisse durablement s'implanter dans les établissements de santé, il faut qu'elle s'appuie sur un dispositif de financement incitatif et pérenne. »

Elle évalue les besoins de financement à 12 millions d'euros en 2025 et 163 millions d'euros d'ici à 2027 pour concevoir et diffuser des outils de formation, mobiliser les professionnels de santé pour conduire la démarche et prendre en charge leur formation et leur animation.

Ainsi, cet amendement vise à évaluer les politiques de prévention déployées à ce jour et à proposer des traductions législatives et réglementaires des multiples recommandations médicales existantes.

En clair, il s'agit maintenant de passer aux actes !

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Non seulement la commission est défavorable aux demandes de rapport, mais elle a inscrit ce point dans son propre programme de contrôle : l'avis est donc défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Même avis, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 571 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1120, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, M. Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

Après l'article 17 *quinquies*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport faisant le bilan des rendez-vous de prévention

prévus par l'article 29 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023. Ce rapport évalue notamment l'opportunité de permettre aux masseurs-kinésithérapeutes de participer à la réalisation des rendez-vous de prévention, en particulier pour les adultes en risque de perte d'autonomie.

La parole est à Mme Anne Souyris.

Mme Anne Souyris. Cet amendement vise à appeler le Gouvernement à permettre aux masseurs-kinésithérapeutes d'assurer une partie des rendez-vous de prévention. M. Valletoux avait annoncé, lors du conseil des ministres du 12 juin 2024, que ces professionnels y seraient autorisés. Depuis, nul arrêté n'a été pris à cet effet.

Madame la ministre, reprenez-vous à votre compte cet engagement de votre prédécesseur ?

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Sur le fond, la commission est favorable à ce que les masseurs-kinésithérapeutes puissent participer aux rendez-vous de prévention, comme elle l'avait déjà indiqué l'an dernier.

Sur la forme, s'agissant d'une demande de rapport, elle ne saurait l'appuyer : avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Les masseurs-kinésithérapeutes pourront bien sûr participer à ces bilans de prévention. Nous travaillons pour rendre cela possible et cela passera par la voie réglementaire.

Il conviendra de faire suivre à ces professionnels quelques heures de formation sur la prévention, qui est un vaste domaine, mais je ne pense pas que cela posera de problème particulier.

Je considère donc que votre amendement est satisfait et votre demande de bien vouloir le retirer ; à défaut, l'avis serait défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1120.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 17 sexies (nouveau)

- ① I. – L'article L. 162-58 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Le I est ainsi modifié :
- ③ a) Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ④ – le mot : « font » est remplacé par les mots : « peuvent faire » ;
- ⑤ – après le mot : « lois », la fin est ainsi rédigée : « que le psychologue réalisant la séance a fait l'objet d'une sélection par l'autorité compétente désignée par décret, permettant d'attester de sa qualification pour la réalisation de cette prestation, et qu'il est signataire d'une convention avec l'organisme local d'assurance maladie de son lieu d'exercice. » ;
- ⑥ b) Les quatre derniers alinéas sont remplacés par deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑦ « Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent, par arrêté, fixer le nombre maximal de psychologues pouvant être conventionnés ainsi que leur répartition au regard des besoins de chaque territoire.

⑧ « Les psychologues choisis par le patient pour réaliser ces séances appartiennent à son équipe de soins dans les conditions fixées à l'article L. 1110-12 du code de la santé publique. » ;

⑨ 2° À la fin du 1° du II, les mots : « , notamment les modalités d'adressage » sont supprimés.

⑩ II. – L'article L. 162-58 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant du I du présent article est également applicable aux séances d'accompagnement psychologique réalisées par les psychologues ayant signé une convention avec leur organisme local d'assurance maladie avant l'entrée en vigueur de la présente loi.

⑪ III. – Le I de l'article 20-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est complété par un 19° ainsi rédigé :

⑫ « 19° La couverture des frais relatifs aux séances d'accompagnement psychologique mentionnées à l'article L. 162-58 du code de la sécurité sociale. »

M. le président. La parole est à Mme Anne Souyris, sur l'article.

Mme Anne Souyris. Tout d'abord, je salue la réforme de MonSoutienPsy prévue par cet article. Mieux vaut tard que jamais ! En supprimant la condition d'adressage, qui empêchait le déploiement du dispositif, il répond à une demande de longue date des psychologues. Depuis sa création, les élus de tout bord ont alerté le Gouvernement sur les insuffisances de ce dispositif.

À Paris, nous avons créé dès 2021 une consultation médico-psychologique pour les 18-30 ans donnant lieu à un bilan réalisé par un médecin généraliste pouvant être suivi de deux autres séances d'évaluation et de dix séances avec un psychologue – et tout cela sans avance de frais. Nous avons essayé d'intégrer cette consultation dans le cadre de MonSoutienPsy, lancé par le Gouvernement en 2022, malheureusement sans succès.

Aussi, je me réjouis que les conditions d'application de MonSoutienPsy s'alignent progressivement sur certains dispositifs territoriaux comme celui que je viens de décrire. Madame la ministre, je vous invite à soutenir les liens entre le dispositif, les centres médico-psychologiques et les centres de santé des collectivités territoriales, notamment au travers de la signature de conventions entre les professionnels et les CPAM.

M. le président. L'amendement n° 166, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 5

Remplacer le mot :

lois

par le mot :

lors

M. le président. La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Il s'agit de corriger une erreur matérielle, monsieur le président.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 166.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 17 *sexies*, modifié.

(L'article 17 sexies est adopté.)

Article 17 *septies* (nouveau)

- ① Le IV de l'article 3 de la loi n° 2023-379 du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé est ainsi modifié :
- ② 1° À la première phrase du premier alinéa, les mots : « six départements dont deux départements d'outre-mer » sont remplacés par les mots : « au plus vingt départements fixés par arrêté du Premier ministre et du ministre chargé de la santé » ;
- ③ 2° À la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « , les départements concernés par cette expérimentation » sont supprimés.

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, sur l'article.

M. Alain Milon. Je souhaite appeler l'attention de la ministre sur l'Heberprot-P, ce fameux médicament cubain, qui existe depuis 2006. Mes confrères médecins de Guadeloupe m'ont avisé de l'efficacité de ce médicament dans le cadre des complications distales du diabète, connues sous le nom de pied diabétique. Ce médicament, autorisé dans vingt-sept pays, dont les États-Unis, permettrait d'éviter l'amputation dans la plupart des cas.

En Guadeloupe, pour ne citer que ce département d'outre-mer, plus de trois cents amputations sont pratiquées chaque année, c'est-à-dire beaucoup plus qu'en métropole.

C'est pourquoi j'avais déposé un amendement demandé par l'ensemble des parlementaires d'outre-mer et cosigné par Micheline Jacques pour autoriser son utilisation, mais il a été déclaré irrecevable au titre de l'article 40 de la Constitution, la commission des finances ayant estimé que son adoption entraînerait une dépense supplémentaire.

Pourtant, l'utilisation de ce médicament pourrait empêcher des amputations qui sont autrement plus coûteuses pour la sécurité sociale.

Madame la ministre, pouvez-vous vous pencher sur une éventuelle mise à disposition de ce médicament sur le territoire national ? Vous avez déclaré à l'Assemblée nationale que le laboratoire le produisant n'avait pas fait de demande auprès de l'Agence européenne des médicaments (EMA). Avec l'ensemble de mes collègues ultramarins, je vous demande d'étudier la question de près.

M. le président. La parole est à Mme Micheline Jacques, sur l'article.

Mme Micheline Jacques. Madame la ministre, je souscris aux propos d'Alain Milon, que je remercie non seulement d'éclairer le débat de son expertise médicale, mais aussi d'appeler notre attention sur ce sujet.

Se faisant le porte-parole de ses collègues ultramarins du groupe de la Gauche démocrate et républicaine (GDR), M. Frédéric Maillot, député de La Réunion, vous a demandé s'il était possible de tester en France l'Heberprot-

P. Ce médicament offrirait aux patients souffrant du syndrome du pied diabétique une véritable chance d'échapper à l'amputation.

Le 14 novembre 2023, à l'occasion de la Journée mondiale du diabète, Santé publique France a publié un bulletin épidémiologique dédié au diabète en outre-mer. À ce titre, les spécificités de nos territoires ultramarins méritent bel et bien d'être mieux comprises. Il convient, en outre, d'y projeter des actions ciblées.

Les chiffres sont sans appel : les Ultramarins sont bien plus touchés par le diabète de type 2 que les habitants de la métropole. Le taux de prévalence de cette forme de diabète y est deux fois supérieur à la moyenne nationale. Les complications chroniques y sont souvent plus fréquentes et plus graves. Ainsi, en 2021, les amputations des membres inférieurs étaient respectivement de 1,5 fois et de 1,3 fois plus fréquentes en Martinique et à La Réunion qu'en moyenne dans le pays.

J'ajoute que ce sujet n'est pas nouveau.

Dès 2004, lors de l'examen du PLFSS pour 2005, Anne-Marie Payet, sénatrice de La Réunion, attirait l'attention de Jean-François Mattei, alors ministre de la santé, sur le grand nombre d'amputations auquel il était procédé, dans son territoire, sur des patients atteints du syndrome du pied diabétique.

Parallèlement, notre ancienne collègue soulignait le coût d'une telle amputation, qui s'élevait à l'époque à 64 000 euros. Mme Payet insistait sur la nécessité de prendre en charge les soins de podologie afin de limiter les infections entraînant les amputations.

En 2015, notre ancien collègue Roland Courteau, sénateur de l'Aude, appelait quant à lui l'attention de Marisol Touraine, alors ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, sur la mise au point de l'Heberprot-P par des chercheurs cubains. Il relevait déjà l'efficacité reconnue de ce médicament dans le traitement de l'ulcère du pied diabétique et souhaitait recueillir l'avis de Mme Touraine quant aux recherches entreprises.

M. le président. Veuillez conclure, ma chère collègue.

Mme Micheline Jacques. Madame la ministre, il s'agit d'une question de la plus haute importance : j'espère que nous pourrions rapidement nous pencher sur ce sujet.

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 167 est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 600 rectifié est présenté par Mme Jouve, M. Bilhac, Mme Briante Guillemont, M. Cabanel, Mme M. Carrère, M. Fialaire, Mme Guillotin, M. Guiol, Mme Pantel et M. Roux.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme la rapporteure, pour présenter l'amendement n° 167.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement vise à supprimer l'article 17 *septies*, qui étend à vingt départements au plus l'expérimentation, aujourd'hui limitée à six départe-

ments, dont deux d'outre-mer, de l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes exerçant dans les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Les dispositions en vigueur traduisent l'équilibre trouvé par le Parlement en 2023 – c'était il y a dix-huit mois environ – et la commission reste attachée à cette solution de compromis.

Bien sûr – je tiens à le répéter –, nous souscrivons pleinement à l'accès direct aux masseurs-kinésithérapeutes, mais dans le cadre d'un exercice coordonné: je pense aux masseurs-kinésithérapeutes exerçant en équipe de soins primaires, en centre de santé ou encore en maison de santé pluriprofessionnelle.

À mon sens, les communautés professionnelles territoriales de santé ne sont pas des lieux d'exercice coordonné. Certaines d'entre elles fonctionnent très bien, évidemment, mais ce n'est malheureusement pas le cas de toutes ces structures, loin de là.

M. le président. La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour présenter l'amendement n° 600 rectifié.

Mme Véronique Guillotin. Je souscris pleinement aux arguments de Mme la rapporteure: c'est précisément pourquoi je propose moi aussi la suppression de cet article.

Les CPTS présentent de nombreux atouts, mais elles ne sont pas réellement des lieux d'exercice médical coordonné. Mieux vaut passer par des maisons de santé pluriprofessionnelles, où les professionnels de santé travaillent réellement auprès des patients de manière coordonnée.

Mme Élisabeth Doineau. Très bien!

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Le Gouvernement est défavorable à la suppression de l'article 17 *septies*. Il convient d'assurer la montée en puissance de cette expérimentation, car c'est ainsi que l'on développera l'habitude du travail coordonné entre les diverses professions de santé.

Monsieur Milon, madame Jacques, je connais évidemment les problèmes auxquels sont confrontés les diabétiques de type 2. Je sais les risques provoqués notamment par les artérites. Toutefois, je ne suis pas en mesure de vous donner un avis quelconque au sujet du médicament que vous évoquez et qui, à vous entendre, permettrait d'éviter nombre d'amputations.

Je répète ce que j'ai pu dire à l'Assemblée nationale: ni l'Agence européenne des médicaments ni l'ANSM n'ont été sollicitées à ce titre. J'ignore pourquoi le laboratoire cubain qui produit ce traitement ne dépose pas de dossier en vue d'une validation. J'ai proposé un rendez-vous à votre collègue député, mais, ce stade, je ne puis faire plus.

Mme Micheline Jacques. Merci!

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 167 et 600 rectifié.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, l'article 17 *septies* est supprimé.

Article 17 *octies* (nouveau)

- ① I. – L'État peut autoriser à titre expérimental, pour une durée de trois ans, le remboursement par l'assurance maladie des tests permettant de détecter une soumission chimique, y compris sans dépôt de plainte, pour améliorer la prise en charge des potentielles victimes.
- ② II. – Les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation prévue au I sont définies par décret, au plus tard le 1^{er} mars 2025. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires participant à l'expérimentation mentionnée au même I, dans la limite de trois régions.
- ③ III. – Dans un délai de six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport d'évaluation, qui se prononce notamment sur la pertinence d'une généralisation.

M. le président. La parole est à Mme Anne Souyris, sur l'article.

Mme Anne Souyris. Lorsqu'une personne soupçonne avoir été droguée, le temps joue contre elle: les substances employées pour la soumission chimique, comme le GHB ou d'autres drogues, sont rapidement éliminées par l'organisme.

Aujourd'hui, pour être remboursé des tests de dépistage nécessaires, le seul moyen est de déposer plainte. Or les victimes de soumission chimique n'ont que rarement recours à cette procédure, notamment du fait de l'amnésie que l'administration de tels produits peut provoquer. En outre, de nombreux facteurs compliquent considérablement le dépôt de plainte.

Un dépistage précoce et accessible à tous les patients, sans condition de ressources, n'en est que plus nécessaire. Il faut faciliter l'accès aux tests et aux analyses. Il faut également former les personnels soignants et les forces de l'ordre à la gestion des cas de soumission chimique pour garantir une prise en charge adaptée et respectueuse.

Je ne saurais clore cette intervention sans renouveler mon soutien à notre collègue députée Sandrine Josso. Je la remercie d'avoir défendu, par voie d'amendement, ces dispositions à l'Assemblée nationale et je salue l'important travail qu'elle consacre actuellement à la soumission chimique.

Je tiens aussi à le dire: il est absolument honteux que Joël Guerriau soit encore sénateur; qu'il soit encore élu de la République. De quel droit conserve-t-il ses fonctions? Il est inconcevable, immoral et inacceptable qu'il puisse continuer de siéger dans notre assemblée, surtout au côté de sénatrices.

Je pense également à Gisèle Pelicot. Oui, il est grand temps que cette société patriarcale opère une véritable mue. Les femmes françaises attendent avec impatience que l'on mette fin à l'impunité.

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 168 rectifié est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 1336 est présenté par le Gouvernement.

Ces deux amendements sont ainsi libellés:

I. – Alinéa 1

1° Remplacer le mot :

tests

par les mots :

recherches, incluant les tests et analyses,

2° Remplacer les mots :

une soumission chimique

par les mots :

un état de soumission chimique résultant des faits mentionnés à l'article 222-30-1 du code pénal

3° Remplacer les mots :

sans dépôt de plainte

par les mots :

en l'absence de plainte préalable

II. – Alinéa 2

Remplacer le mot :

mars

par le mot :

juillet

La parole est à Mme la rapporteure, pour présenter l'amendement n° 168 rectifié.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Comme l'a demandé le Conseil national de l'ordre des médecins, cet amendement vise à étendre, au-delà des seuls tests, le champ de l'expérimentation de la prise en charge par la sécurité sociale aux analyses réalisés afin de détecter une soumission chimique.

De plus, les solutions techniques ne sont pas prêtes pour que l'expérimentation soit lancée en mars prochain. Nous précisons donc que cette dernière sera engagée au plus tard le 1^{er} juillet 2025.

Je tiens à remercier le Gouvernement d'avoir assuré la recevabilité financière de cette mesure.

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour présenter l'amendement n° 1336.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Madame la rapporteure, ces dispositions devraient en effet permettre d'engager l'expérimentation dont il s'agit dans les meilleures conditions, au plus tard le 1^{er} juillet prochain.

M. le président. La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour explication de vote.

Mme Véronique Guillotin. Mes chers collègues, je soutiens pleinement la mesure proposée à l'Assemblée nationale par notre collègue députée Sandrine Josso.

Ce sujet me tient particulièrement à cœur : avec Mme Josso, je suis en effet corapporteure d'une mission temporaire ayant pour objet la soumission chimique comme forme de violence faite aux femmes. Nos travaux, engagés en avril 2024, ont été suspendus au mois de juin du fait de la dissolution de l'Assemblée nationale. Ils viennent de reprendre, grâce à la publication de deux décrets *ad hoc* le 15 novembre dernier. J'en remercie sincèrement M. le Premier ministre et Mme la ministre déléguée chargée des relations avec le Parlement.

Les dispositions de cet article permettront aux femmes suspectant d'avoir subi une soumission chimique de se rendre rapidement dans un laboratoire pour être testées, sans avoir à déboursier le moindre centime.

Jusqu'à présent, ces femmes doivent déposer plainte pour obtenir un remboursement. Or – je le souligne à mon tour – la plainte n'est pas évidente à formuler et elle ne peut être déposée immédiatement, tandis que, dans le sang, les traces de soumission chimique peuvent disparaître de manière extrêmement rapide : dès lors, les preuves s'évanouissent.

J'ajoute que, dans la moitié des cas, les victimes sont frappées d'une amnésie plus ou moins sévère : elles ne gardent qu'une image floue de ce qui s'est produit, voire ne se souviennent plus de rien. Vous voyez combien le sujet est complexe.

Les dispositions qui nous sont proposées apportent une véritable réponse à toutes ces femmes.

Enfin, je remercie le Gouvernement d'avoir assuré la recevabilité financière de ces amendements et je m'associe volontiers à cette démarche.

M. le président. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour explication de vote.

Mme Émilienne Poumirol. Au nom du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, je tiens moi aussi à remercier le Gouvernement de garantir la recevabilité financière de ces dispositions, qui nous placent au cœur d'une bien triste actualité.

Les tests dont il s'agit doivent être réalisés rapidement et gratuitement, avant même le dépôt de plainte. C'est sans la moindre hésitation que nous voterons ces deux amendements identiques.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 168 rectifié et 1336.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 17 *octies*, modifié.

(L'article 17 octies est adopté.)

Article 17 *nonies* (nouveau)

① Dans un délai d'un an à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport faisant l'évaluation des articles 37, 38, 39, 44 et 46 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

② Ce rapport examine plus largement la distinction des dépenses associées à des mesures de prévention inscrites dans la loi de financement de la sécurité sociale. Le rapport évalue l'opportunité de distinguer l'investissement en santé par la prévention, en permettant d'identifier les économies réalisées à terme. Ce rapport est rendu public.

M. le président. La parole est à Mme Annie Le Houerou, sur l'article.

Mme Annie Le Houerou. Issu d'un amendement socialiste adopté par nos collègues députés, cet article relatif aux dépenses de prévention nous donne l'occasion de défendre une nouvelle approche du financement de la santé.

Mes chers collègues, j'avais moi-même déposé un amendement en ce sens, sans grand espoir, je vous l'avoue : il a d'ailleurs été repoussé.

La mise en œuvre d'une planification pluriannuelle des dépenses et des grandes évolutions de notre système de santé fait désormais consensus chez les acteurs concernés. Elle gagne même du terrain sur les travées de notre hémicycle : à preuve, Alain Milon a défendu cette solution lors de la discussion générale.

Le 13 avril 2023, l'Assemblée nationale a voté à l'unanimité en faveur d'une loi de programmation pluriannuelle pour le grand âge. Certes, on attend toujours ce texte législatif. Mais nous n'en devons pas moins, dans la même logique, adopter le principe d'une loi de programmation pluriannuelle pour la santé.

Un tel texte permettrait d'identifier les moyens financiers et organisationnels nécessaires pour répondre aux objectifs prioritaires d'accès aux soins, de permanence des soins et d'équilibre territorial de l'offre de soins.

À l'heure où les établissements de santé connaissent de graves difficultés financières – leurs déficits deviennent même abyssaux –, une logique strictement annuelle ne respecte ni les besoins des patients ni ceux du secteur. Je pense en particulier aux enjeux de prévention, sur lesquels il est grand temps de mettre l'accent, car la prévention est l'action de toute une vie.

Je vous fais grâce des objectifs que nous souhaitons assigner à la future loi de programmation pluriannuelle pour la santé. Nous n'en saluons pas moins cet article, qui permet de distinguer l'investissement en santé par la prévention.

M. le président. La parole est à Mme Anne Souyris, sur l'article.

Mme Anne Souyris. Je remercie le Gouvernement d'avoir conservé l'article 17 *nonies*, issu d'un amendement de notre collègue député Aurélien Rousseau.

Nous le répétons chaque année, lors de la discussion du PLFSS, puis lors de l'examen de la mission « Santé » du projet de loi de finances (PLF) : les dépenses de prévention en santé restent gravement insuffisantes, que ce soit dans le budget de l'État ou dans celui de la sécurité sociale.

Je citerai un exemple parmi tant d'autres, mais non moins essentiel : selon l'Igas, les dépenses annuelles dédiées à la santé environnementale sont d'environ 6 milliards d'euros, et seuls 3 % de ces crédits seraient financés par la sécurité sociale.

Mes chers collègues, 6 milliards d'euros, c'est peu. Je vous rappelle qu'en 2015 le Sénat estimait le coût social de la seule pollution de l'air à 101,3 milliards d'euros annuels ; que le Conseil national du bruit et l'Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (Ademe) évaluent le coût social du bruit à 57 milliards d'euros annuels ; et que, selon l'Igas, le coût des perturbateurs endocriniens serait de 27 milliards d'euros.

Au total, notre pays perd chaque année l'équivalent de 7,8 points de PIB du fait de l'inaction publique en santé-environnement.

Enfin, n'oublions pas que, selon l'OMS, les problèmes de santé environnementale sont l'une des premières causes de mortalité en France, voire la première d'entre elles.

Je vous invite à maintenir cet article dans le PLFSS pour 2025 ou, du moins, à lancer de nouveaux travaux pour faire de la santé environnementale, donc de la prévention, une priorité de l'action publique.

M. le président. L'amendement n° 169, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La commission tient à réaffirmer son attachement aux politiques de prévention. Nous souscrivons à la nécessité de suivre et d'évaluer les dépenses de prévention, comme l'ensemble des dépenses afférentes aux mesures inscrites en loi de financement de la sécurité sociale.

De même, lors de l'examen du présent texte, nous avons soutenu comme vous le programme M^T dents, le dispositif Handigynéco, la vaccination contre les infections à méningocoques ou encore la création des centres de santé et de médiation en santé sexuelle, etc.

Toutefois, il s'agit là d'une demande de rapport : voilà pourquoi la commission demande la suppression de cet article.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Mesdames, messieurs les sénateurs, j'ai soutenu à l'Assemblée nationale l'amendement de Mme Rist dont procède cet article : je ne saurais me déjuger aujourd'hui.

En la matière, des évaluations charpentées ont un réel intérêt. Elles nous permettront d'aller plus loin demain.

À mesure que je creuse ce sujet, je vois combien la politique de prévention est émietée dans notre pays. Les acteurs travaillent en silo, relayant une multitude de messages non coordonnés, ce qui est source d'inefficacité.

Il reste donc beaucoup de travail à accomplir et, en ce sens, le rapport en question peut nous être utile. C'est pourquoi le Gouvernement est défavorable à cet amendement de suppression.

M. le président. La parole est à M. le président de la commission.

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Étant donné l'engagement implicitement pris par Mme la ministre au nom du Gouvernement, la commission, fidèle à sa jurisprudence, va retirer son amendement de suppression.

M. le président. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour explication de vote.

Mme Émilienne Poumirol. Madame la ministre, vous parlez de politiques en silo. Permettez-moi, à ce propos, de vous renvoyer à notre rapport, *Construire la sécurité sociale écologique du XXI^e siècle*, publié il y a deux ans et demi. Mené par Mélanie Vogel, rapporteure d'une mission d'information dont j'étais membre, ce travail insiste justement sur les plans nationaux santé environnement (PNSE).

Nous avons constaté que chaque ministère – santé, enseignement supérieur, recherche, etc. – déployait son propre plan et que la coordination interministérielle faisait cruellement défaut. Pour avancer, il est indispensable d'œuvrer dans le sens d'une meilleure coordination.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Je retire l'amendement n° 169, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 169 est retiré.

Je mets aux voix l'article 17 *nonies*.

(L'article 17 *nonies* est adopté.)

Article 18

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 6146-3 est ainsi modifié :
- ③ a) La première phrase du premier alinéa est ainsi rédigée : « Les établissements publics de santé peuvent avoir recours à des médecins, des odontologistes, des pharmaciens, des sages-femmes et des professionnels relevant du titre IV du livre II et du livre III de la quatrième partie du présent code dans les conditions prévues à l'article L. 334-3 du code général de la fonction publique. » ;
- ④ b) Le second alinéa est ainsi rédigé :
- ⑤ « Lorsqu'il existe une tension sur les ressources se traduisant, pour l'une des catégories de professionnels mentionnée au premier alinéa du présent article, dans le coût de leur mise à disposition par les entreprises de travail temporaire rapporté au coût de l'emploi des mêmes professionnels permanents, le montant des dépenses susceptibles d'être engagées par les établissements publics de santé au titre de ces prestations peut être plafonné, en tenant compte s'il y a lieu des spécificités territoriales, dans des conditions déterminées par voie réglementaire. » ;
- ⑥ 2° L'article L. 6146-4 est ainsi modifié :
- ⑦ a) À la première phrase du premier alinéa, les mots : « praticien pour la réalisation de vacations, en application du 2° de l'article L. 6152-1 » sont remplacés par les mots : « professionnel de santé pour la réalisation de vacations » ;
- ⑧ b) À la première phrase du deuxième alinéa, le mot : « praticien » est remplacé par le mot : « professionnel ».
- ⑨ II. – L'article L. 313-23-3 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rétabli :
- ⑩ « *Art. L. 313-23-3.* – Lorsqu'il existe une tension sur les ressources se traduisant, pour l'une des catégories de professionnels mentionnés à l'article L. 313-23-4, dans le coût de leur mise à disposition par les entreprises de travail temporaire rapporté à l'emploi des mêmes professionnels permanents, le montant des dépenses susceptibles d'être engagées par les établissements et les services mentionnés à l'article L. 315-1 et relevant des 1°, 2°, 4°, 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 au titre de ces prestations peut être plafonné, en tenant compte s'il y a lieu des spécificités territoriales, dans des conditions déterminées par voie réglementaire. »
- ⑪ III. – Le présent article s'applique aux contrats conclus à compter du 1^{er} juillet 2025.

M. le président. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, sur l'article.

Mme Émilienne Poumirol. Notre amendement ayant pour objet la permanence des soins en établissements de santé (PDSES) a malheureusement été déclaré irrecevable. Mais je tiens, à tout le moins, à m'exprimer brièvement sur ce sujet.

La loi Valletoux de décembre 2023 a établi une responsabilité collective de la prise en charge entre établissements d'un même territoire. Mais, on le sait bien, la participation des établissements privés reste en deçà de ce qu'elle devrait

être, et pour cause : la loi Valletoux se contente de faire appel au volontariat. À une très large majorité, ce sont les hôpitaux publics qui reçoivent les urgences.

Mes chers collègues, à titre d'exemple, permettez-moi de rappeler un événement tragique survenu dans la région toulousaine : il a fallu attendre le suicide d'un gamin resté dix jours aux urgences sans obtenir de place en clinique psychiatrique pour que l'ARS tente enfin de combler cette lacune. C'est ce drame qui a entraîné, à la hâte, la tenue de diverses réunions d'organisation.

Selon nous, on ne peut pas se contenter de recourir au volontariat. La permanence des soins doit être obligatoirement partagée entre le service public et les cliniques privées. Il ne s'agit pas d'obliger les médecins, individuellement, à effectuer des gardes ou à renforcer les effectifs d'un autre établissement : ce serait complètement ridicule. Simplement, les établissements privés habilités à recevoir les urgences doivent participer franchement à l'effort collectif. Il est indispensable qu'ils assument des gardes afin de soulager l'hôpital.

M. le président. La parole est à Mme Annie Le Houerou, sur l'article.

Mme Annie Le Houerou. Pour ma part, je tiens à revenir sur le sort des praticiens à diplôme hors Union européenne (Padhue). Ces professionnels sont nombreux : en 2023, sur 234 028 praticiens actifs inscrits à l'ordre des médecins, on en dénombrait ainsi 16 346.

Pour pouvoir exercer en France, les médecins diplômés hors de l'Union européenne doivent valider des épreuves de vérification des connaissances (EVC). La procédure est très sélective et le nombre de places ouvertes est limité.

Ces médecins doivent également suivre un parcours de consolidation des compétences (PCC) supposant d'assumer, pendant deux ans, des fonctions hospitalières en qualité de praticien associé.

À ces seules conditions, ils peuvent formuler une demande d'autorisation d'exercice de la profession en France.

Les Padhue vivent aujourd'hui dans des conditions précaires – je pense à la fois à leur traitement et à leur statut administratif. Or ils forment un pilier de nos établissements hospitaliers.

En parallèle, un certain nombre de jeunes Français partent en Roumanie étudier la médecine – ces étudiants sont actuellement au nombre de 2 500. Une fois diplômés, ils éprouvent de véritables difficultés pour exercer en France, alors même que nous manquons de médecins : nous devons faciliter leurs démarches afin de permettre un retour dès l'internat.

Le 12 février 2024, le ministère du travail, de la santé et des solidarités a publié une instruction destinée à favoriser l'intégration des Padhue. Mais il s'agit là d'une simple mesure temporaire, qui ne saurait suffire. Il est temps d'adopter des dispositifs pérennes, facilitant la régularisation administrative et la revalorisation de ces médecins qui – je le répète – sont indispensables à notre système de santé.

M. le président. Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 698, présenté par Mmes Poumirol et Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, MM. Fichet et Jomier, Mmes Lubin et Rossignol, MM. Bourgi et Ros, Mmes Linkenheld et Narassiguin, MM. Ziane et Lurel, Mme Bélim, M. Féraud, Mme Harribey, M. Gillé, Mme Brossel, MM. Fagnen et

Chantrel, Mme Conway-Mouret, MM. Darras, Michau, Méridou et Montaugé, Mme Bonnefoy, M. Roiron, Mme Blatrix Contat, MM. Jeansannetas, Vayssouze-Faure et M. Weber, Mmes Monier et G. Jourda, MM. P. Joly, Marie, Tissot, Durain et Chaillou, Mme Artigalas, MM. Redon-Sarrazy, Ouizille, Pla, Uzenat et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 5

Remplacer les mots :

Lorsqu'il existe une tension sur les ressources se traduisant, pour l'une des catégories de professionnels mentionnées au premier alinéa, dans le coût de leur mise à disposition par les entreprises de travail temporaire rapporté

par les mots :

Lorsque le coût de la mise à disposition de l'une des catégories de professionnels mentionnée au premier alinéa par les entreprises de travail temporaire est supérieur

II. – Alinéa 10

Remplacer les mots :

Lorsqu'il existe une tension sur les ressources se traduisant, pour l'une des catégories de professionnels mentionnés à l'article L. 313-23-4, dans le coût de leur mise à disposition par les entreprises de travail temporaire rapporté à

par les mots :

Lorsque le coût de la mise à disposition de l'une des catégories de professionnels mentionnés à l'article L. 313-23-4 par les entreprises de travail temporaire est supérieur au coût de

La parole est à Mme Émilienne Poumirol.

Mme Émilienne Poumirol. Cet amendement vise à supprimer la condition de pénurie de professionnels exigée pour activer le plafonnement des dépenses d'intérim médical et paramédical. Ce faisant, nous lutterons contre l'intérim médical, qui, au cours des dernières années, a connu une croissance exponentielle.

Dans sa rédaction actuelle, la disposition considérée reste assez vague : on se contente de préciser que le recours à l'intérim est possible « lorsqu'il existe une tension sur les ressources ». Or les pénuries de personnel médical frappant l'ensemble de notre territoire, les tensions sont partout ou presque. Une telle rédaction n'est pas réellement de nature à limiter le recours à l'intérim.

Surtout, la lutte contre l'intérim médical et paramédical doit être menée quel que soit le personnel médical dont on dispose.

Il nous paraît nécessaire d'aller plus loin que les lois Rist et Valletoux, en allongeant de deux à cinq ans la période pendant laquelle, à l'issue de leurs études, les professionnels de santé ne peuvent exercer en intérim dans des hôpitaux ou des établissements sociaux et médico-sociaux.

Notre but n'est bien sûr pas d'interdire aux jeunes diplômés d'accepter des contrats de courte durée. Il s'agit de favoriser leur orientation vers des emplois stables, en

établissement de santé, ce qui permettrait de consolider les équipes, de garantir la qualité des soins et de limiter la concurrence salariale.

Nous souhaitons également évaluer le nombre de contrats de type 2, mais notre amendement a été jugé irrecevable. Je précise que, lors des auditions menées en amont de l'examen de ce PLFSS, des directeurs d'hôpitaux nous ont alertés sur ce point.

Ces contrats, qui tendent à se multiplier, prévoient souvent des rémunérations supérieures à celles que garantissent les autres types de contrats applicables aux praticiens. Le plafond de rémunération d'un médecin contractuel est fixé à 70 000 euros, alors qu'il est de 119 000 euros pour les praticiens sous contrat de type 2 ; en résulte une concurrence inadmissible.

M. le président. L'amendement n° 170, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 5

1° Supprimer les mots :

une tension sur les ressources se traduisant

2° Remplacer les mots :

dans le coût de leur mise à disposition par les entreprises de travail temporaire rapporté au coût de l'emploi des mêmes professionnels permanents

par les mots :

un écart significatif entre le coût d'une mise à disposition d'un personnel par une entreprise de travail temporaire et le coût de l'emploi d'un professionnel permanent

3° Remplacer les mots :

peut être

par le mot :

est

4° Remplacer les mots :

, dans des conditions déterminées

par les mots :

. Les conditions d'application du présent alinéa sont fixées

II. – Alinéa 10

1° Supprimer les mots :

une tension sur les ressources se traduisant

2° Remplacer les mots :

dans le coût de leur mise à disposition par les entreprises de travail temporaire rapporté à l'emploi des mêmes professionnels permanents

par les mots :

un écart significatif entre le coût d'une mise à disposition d'un personnel par une société de travail temporaire et le coût de l'emploi d'un professionnel permanent

3° Remplacer les mots :

peut être

par le mot :

est

4° Remplacer les mots :

, dans des conditions déterminées

par les mots :

. Les conditions d'application du présent article sont fixées

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement est défendu, monsieur le président.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur l'amendement n° 698 ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement tend à préciser que l'encadrement des dépenses d'intérim pour le personnel paramédical se justifie dès lors que le coût d'un personnel intérimaire est supérieur à celui d'un personnel permanent. Or de telles dispositions modifient le sens de l'article.

Non seulement l'intérim est une souplesse de fonctionnement, mais les conditions de rémunération des intérimaires doivent demeurer attractives pour que l'on puisse attirer ponctuellement des personnels extérieurs non permanents. En ce sens – les fédérations d'établissements ont exprimé leur accord sur ce point –, les établissements doivent pouvoir, pour des missions ponctuelles, mieux rémunérer les intérimaires que les personnels permanents.

Néanmoins, cet écart de rémunération doit rester raisonnable : un encadrement est donc justifié. Il faut veiller à préserver l'équité sans se priver d'une souplesse de fonctionnement ponctuelle.

C'est la raison pour laquelle j'ai déposé un amendement tendant à clarifier la rédaction de cet article en apportant la précision suivante : c'est l'existence d'un écart de rémunération significatif qui justifie d'encadrer les dépenses susceptibles d'être engagées par un établissement.

La commission est défavorable à l'amendement n° 698.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Madame Poumirol, la rédaction proposée par Mme la rapporteure me semble préférable pour assurer l'encadrement que vous-même souhaitez. Aussi, je vous invite à retirer l'amendement n° 698 au profit de l'amendement n° 170.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 698.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 170.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 699 rectifié, présenté par Mmes Poumirol et Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, MM. Fichet et Jomier, Mmes Lubin et Rossignol, MM. Bourgi et Ros, Mmes Linkenheld et Narasiguin, MM. Ziane et Lurel, Mme Bélim, M. Féraud, Mme Harribey, M. Gillé, Mme Brossel, MM. Fagnen et Chantrel, Mme Conway-Mouret, MM. Darras, Michau, Mérillou et Montaugé, Mme Bonnefoy, M. Roiron, Mme Blatrix Contat, MM. Jeansannetas, Vayssouze-Faure et M. Weber, Mmes Monier et G. Jourda, MM. P. Joly, Marie, Tissot, Durain et Chaillou, Mme Artigalas,

MM. Redon-Sarrazy, Ouizille, Pla, Uzenat et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 10

1° Après la référence :

2°

insérer la référence :

, 3°

2° Après la référence :

6°

insérer la référence :

, 7°

3° Remplacer la référence :

7°

par la référence :

9°

La parole est à Mme Émilienne Poumirol.

Mme Émilienne Poumirol. Cet amendement vise à étendre le plafonnement des dépenses d'intérim médical et paramédical à l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux. Aucune de ces structures ne doit être oubliée.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Favorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 699 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 18, modifié.

(L'article 18 est adopté.)

Après l'article 18

M. le président. L'amendement n° 1324, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Après l'article 18

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À l'article L. 162-22-16, les mots : « aux articles L. 162-22-19 et » sont remplacés par les mots : « à l'article » ;

2° Les deux derniers alinéas du I de l'article L. 162-23-4 sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« Les éléments mentionnés aux 1° à 6° s'appliquent au 1^{er} janvier de l'année en cours. »

II. – Jusqu'au 31 décembre 2025, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale, dans leur rédaction résultant du 2° du I du présent article, les tarifs et les coefficients mentionnés au même article prennent effet au 1^{er} mars de l'année en cours.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. La réforme du financement des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) a été adoptée il y a un an. Il est aujourd'hui nécessaire d'en tirer les conséquences dans le champ des soins médicaux et de réadaptation, les fameux SMR.

Ainsi, par cohérence avec le champ MCO, cet amendement tend à avancer au 1^{er} janvier la date d'effet des campagnes annuelles de financement des SMR.

En outre, il est nécessaire de mettre à jour les dispositions du code de la sécurité sociale relatives au financement des établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées : depuis 2022, date d'entrée en vigueur de la réforme du financement des activités de psychiatrie, ces structures ne sont plus financées par le biais de la dotation annuelle « psychiatrie ».

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. C'est un avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1324.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 18.

Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 311 est présenté par Mme Lermytte, M. Chasseing et Mme Bourcier.

L'amendement n° 1161 rectifié est présenté par Mme Guillotin, M. Bilhac, Mme Briante Guillemont, M. Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Fialaire, Gold, Grosvalet et Guiol, Mmes Jouve et Pantel et M. Roux.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 18

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au premier alinéa de l'article L. 162-22-3-3 du code de la sécurité sociale, après les mots : « facteurs spécifiques » sont insérés les mots : « et notamment de la concurrence frontalière, ».

L'amendement n° 311 n'est pas soutenu.

La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour présenter l'amendement n° 1161 rectifié.

Mme Véronique Guillotin. Mes chers collègues, il convient de prendre en compte la concurrence frontalière lors de la fixation du coefficient géographique des établissements de santé.

Dans un contexte de crise générale de l'attractivité des professions médicales et paramédicales, les zones frontalières subissent une double peine.

Elles sont en effet soumises à la concurrence d'États où les rémunérations sont nettement supérieures. Je pense par exemple à la Suisse et au Luxembourg. Dans ce second pays, que je connais assez bien, les infirmières gagnent deux à deux fois et demie ce que perçoivent leurs homologues françaises.

L'aspiration des infirmières à travailler au sein des établissements hospitaliers ou médico-sociaux situés de l'autre côté de la frontière crée chez nous des difficultés de recrutement.

Il est urgent de prendre en compte ces éléments pour sortir les établissements situés près de la frontière avec la Suisse ou le Luxembourg de la crise aiguë qu'ils traversent. Ils se trouvent aujourd'hui sans solution, ce qui affecte les patients de ces territoires.

Comment ne pas parler, aussi, du coût de la formation supporté par l'État et les régions ? En effet, nous formons des infirmières qui, pour une large part, quittent rapidement la France pour rejoindre le Luxembourg. Elles ont raison de le faire, car elles sont ainsi certaines de mieux gagner leur vie.

J'en profite pour remercier la rapporteure, qui a émis un avis de sagesse sur cet amendement lors des travaux de la commission. Nous l'avions déjà présenté l'année dernière, mais sans succès.

Ces territoires transfrontaliers méritent, en matière de santé, qu'on leur porte une attention toute particulière, madame la ministre – nous pourrions en discuter lors d'un prochain rendez-vous.

J'ai beaucoup de solutions concrètes à proposer. Encore faut-il que nos ministres puissent les défendre auprès de leurs homologues en exercice dans les pays voisins. Étant donné le contexte économique et l'état actuel de nos finances publiques, il convient de s'atteler à évoquer certains sujets, dont celui-ci.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Il a été dévoilé par Mme Guillotin... *(Sourires.)*

Ces difficultés ne sont pas nouvelles, mais elles semblent s'accroître. En 2022, l'Observatoire statistique transfrontalier (OST) indiquait que 40 % des personnels soignants de Haute-Savoie travaillaient en Suisse. Toutes les zones frontalières ne sont pas soumises aux mêmes tensions, mais on ne saurait pour autant les nier.

La commission s'en remet à la sagesse du Sénat.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Nous avons bien conscience de ces problèmes, madame la sénatrice. Il est vrai que des professionnels du secteur médical traversent la frontière et nous échappent. Ce phénomène crée une véritable concurrence avec les pays voisins et pose la question de la prise en charge des soins dans ces zones transfrontalières.

Je me félicite que, en certains lieux, une vraie politique coordonnée ait été conduite à l'échelon des territoires pour couvrir les besoins de santé de la population. Je vous renvoie aux actions qui ont été entreprises en ce sens dans plusieurs de nos départements. À cet égard, j'ai ouvert il y a peu un colloque franco-suisse sur les ressources humaines du secteur de la santé.

Le coefficient géographique permet de prendre en compte les surcoûts liés aux charges de personnel, aux achats ou aux possessions immobilières. Il ne peut cependant pas répondre à l'ensemble des problèmes que rencontrent nos établissements de santé.

Il faut que nous continuions à travailler avec certains pays transfrontaliers, en particulier la Suisse. *(Mme Véronique Guillotin opine.)* Je vous garantis que nous avons moins de problèmes avec l'Espagne ou la Belgique !

Mme Véronique Guillotin. Les niveaux de salaire ne sont pas les mêmes !

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Du moins, ce ne sont pas les mêmes enjeux qui se posent.

Bref, je m'engage à travailler en ce sens avec mes homologues. Toutefois, je vous demande de bien vouloir retirer votre amendement ; à défaut, le Gouvernement émettra un avis défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour explication de vote.

Mme Véronique Guillotin. Je prends acte de vos arguments, madame la ministre, mais je ne retirerai pas cet amendement. Je ne suis pas certaine que l'on prenne véritablement la mesure de ce problème.

J'insiste, nos territoires transfrontaliers perdent toutes leurs ressources humaines : la totalité de leur économie s'en trouve affectée, y compris le secteur de la santé. Ce phénomène est bien sûr lié au différentiel de salaires entre la France et la Suisse ou le Luxembourg. De ce point de vue, il est évident que la situation avec la Belgique et l'Espagne n'est pas la même.

Nous allons passer au vote et verrons bien ce qu'il adviendra de cet amendement. J'appelle cependant votre attention sur le fait qu'il est essentiel d'obtenir l'implication des ministres eux-mêmes.

Il existe certes des conférences intergouvernementales grâce auxquelles nous mettons en place des coopérations, mais c'est un préfet qui négocie avec le Premier ministre du Luxembourg ! Je pense que l'échange entre nos deux pays ne peut pas se faire dans de telles conditions.

Il est impératif que vous compreniez réellement ces problématiques ; je pourrai, à cette fin, vous apporter davantage d'explications. Aidez-nous à faire avancer les choses, madame la ministre !

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Je m'y engage !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1161 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 18.

L'amendement n° 1135 rectifié, présenté par Mme Bourcier, MM. Malhuret et Chasseing, Mme Lermytte, MM. Capus et Rochette, Mme L. Darcos, M. Brault, Mme Paoli-Gagin et MM. Grand et Omar Oili, est ainsi libellé :

Après l'article 18

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le I de l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « L'un de ces indicateurs comprend la consultation et l'utilisation par l'établissement des dossiers médicaux partagés définis à l'article L. 1111-14 du code de la santé publique et des espaces numériques de santé définis à l'article R. 1111-26 du même code. »

La parole est à Mme Laure Darcos.

Mme Laure Darcos. Cet amendement de ma collègue Corinne Bourcier vise à restreindre l'attribution des dotations Ifaq – incitation financière à l'amélioration de la qualité – des hôpitaux publics et cliniques privées, prévues à l'article

L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale, en favorisant les établissements qui utilisent les DMP et les espaces numériques de santé (ÉNS).

Cette proposition reprend l'une des recommandations formulées par la Cour des comptes dans son rapport intitulé « *Mon espace santé* » : *des conditions de réussite encore à réunir*.

Les ENS, créés par la sécurité sociale, ont nécessité plusieurs dizaines de millions d'euros d'investissements. Et, puisqu'ils constituent un élément essentiel de la prévention et du suivi des patients, ils méritent d'être largement plus utilisés.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Par cet amendement, nous revenons au sujet de l'intégration de l'utilisation du DMP dans les indicateurs Ifaq.

Tout à l'heure, nous avons voté un amendement de la commission en ce sens et, dans la mesure où le dispositif ici proposé n'est pas strictement rédigé de la même manière, nous émettons un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Cet amendement est satisfait : d'une part, les indicateurs Ifaq ne relèvent pas de la loi, mais sont définis par arrêtés ; d'autre part, le dispositif contient déjà des indicateurs relatifs à l'alimentation du DMP.

En conséquence, le Gouvernement sollicite le retrait de cet amendement ; à défaut, il émettra un avis défavorable.

Mme Laure Darcos. Je retire l'amendement, monsieur le président !

M. le président. L'amendement n° 1135 rectifié est retiré.

L'amendement n° 455, présenté par M. Salmon, Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli et Mmes Ollivier, Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

Après l'article 18

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le I de l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« À partir du 1^{er} janvier 2026, cette dotation complémentaire est conditionnée pour partie à l'atteinte d'une part au moins égale, en valeur, à 20 % de produits mentionnés au 2^o du I de l'article L. 230-5-1 du code rural et de la pêche maritime dans les repas servis dans les restaurants collectifs dont ces établissements ont la charge. »

La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge.

Mme Raymonde Poncet Monge. Cet amendement de mon collègue Daniel Salmon vise à inciter les établissements de santé et les établissements médico-sociaux à respecter les objectifs fixés par la loi pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous, dite loi Égalim. Ils devraient ainsi proposer 20 % d'agriculture biologique dans leur offre de restauration.

Pour rappel, cet objectif devait être respecté depuis le 1^{er} janvier 2022. Or la restauration collective accuse un important retard dans le secteur de la santé. Ce dernier représente pourtant une part significative des débouchés de la restauration collective, avec 1 million de repas servis par jour.

Il pourrait donc constituer un véritable levier pour augmenter les débouchés des filières, souvent locales, de l'agriculture biologique. Aujourd'hui, ces filières connaissent une situation de crise, notamment en raison de l'inflation et d'une baisse de la consommation.

La qualité de l'alimentation joue un rôle essentiel dans la prise en charge des patients et des résidents. Une alimentation saine et équilibrée contribue à leur bien-être, à leur rétablissement et à la prévention de certaines maladies.

Afin d'encourager ces établissements à atteindre les objectifs fixés par la loi Égalim, nous proposons de favoriser une logique incitative. Il s'agit, *via* l'Ifaq, de prendre en compte la qualité de la restauration des établissements de santé.

Nous pourrions aussi les inscrire sur la plateforme « Ma cantine », qui assure le suivi de la progression de chaque établissement en matière d'offre de restauration durable.

Cet amendement a été rédigé en coordination avec CINABio et la Fondation pour la nature et l'homme.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La qualité de l'alimentation au sein des établissements de santé et médico-sociaux publics est un sujet essentiel, tant pour les patients que pour les personnels. Je souscris donc à votre préoccupation.

L'amendement vise à créer les conditions permettant de mieux atteindre les objectifs fixés par loi Égalim. Il me semble difficile d'intégrer ces questions au dispositif Ifaq, qui valorise des indicateurs de prise en charge et de performance dans l'organisation des soins.

Les catégories auxquelles appartiennent les indicateurs – qualité des prises en charge perçues par les patients, qualité des prises en charge cliniques, qualité de la coordination des prises en charge, démarche de certification et performance dans l'organisation des soins – ont été revues et limitées en 2023 pour simplifier le dispositif.

Pour l'ensemble de ces raisons, la commission émet un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 455.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques.

L'amendement n° 94 rectifié *ter* est présenté par M. Milon, Mme Aeschlimann, M. Khalifé, Mme Micouleau, M. Sol, Mme M. Mercier, M. Somon, Mmes Malet et Petrus, M. J. B. Blanc et Mme Jacques.

L'amendement n° 256 rectifié *bis* est présenté par Mmes Lassarade et Richer, MM. Piednoir, Lefèvre et Panunzi, Mmes Demas et Belrhiti, MM. Genet, Mandelli, Karoutchi, Bruyen et Belin, Mmes Bonfanti-Dossat et Dumont et MM. Gremillet et Saury.

L'amendement n° 738 est présenté par M. Redon-Sarrazy, Mmes Artigalas, Poumirol et Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès et Conconne, M. Fichet, Mme Féret,

M. Jomier, Mmes Lubin et Rossignol, MM. Bourgi et Ros, Mmes Linkenheld et Narassiguin, MM. Ziane et Lurel, Mme Bélim, M. Féraud, Mme Harribey, M. Gillé, Mme Brossel, MM. Fagnen et Chantrel, Mme Conway-Mouret, MM. Darras, Michau, Méryllou et Montagué, Mme Bonnefoy, M. Roiron, Mme Blatrix Contat, MM. Jeansannetas, Vayssouze-Faure et M. Weber, Mmes Monier et G. Jourda, MM. P. Joly, Marie, Tissot, Durain, Chaillou, Ouizille, Pla, Uzenat et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 18

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le deuxième alinéa du III de l'article L. 162-23-15 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « La lutte contre les erreurs médicamenteuses évitables figure également parmi ces indicateurs, en se fondant sur le suivi des interventions pharmaceutiques. »

La parole est à M. Alain Milon, pour présenter l'amendement n° 94 rectifié *ter*.

M. Alain Milon. Le présent amendement vise à lutter contre les erreurs médicamenteuses évitables, en intégrant cette cause majeure de santé publique à la liste des indicateurs servant au calcul de la dotation Ifaq attribuée aux hôpitaux.

M. le président. La parole est à Mme Marie-Pierre Richer, pour défendre l'amendement n° 256 rectifié *bis*.

Mme Marie-Pierre Richer. Il est défendu, monsieur le président.

M. le président. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour présenter l'amendement n° 738.

Mme Émilienne Poumirol. La prise en compte des erreurs médicamenteuses dans l'attribution de la dotation Ifaq est essentielle, vu la fréquence et le nombre d'hospitalisations qu'elles causent, en particulier parmi les personnes âgées. De même, n'oublions pas les pathologies iatrogéniques, qui surviennent à cause du mélange de plusieurs médicaments – parfois une dizaine !

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La lutte contre les erreurs médicamenteuses évitables répond bien à l'esprit de la démarche Ifaq. La commission émet donc un avis favorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Ces amendements sont satisfaits, dans la mesure où la pertinence et la sécurité des pratiques médicamenteuses peuvent très bien être intégrées dans l'appréciation des critères de qualité à partir du cadre existant.

Aussi, le Gouvernement demande leur retrait ; à défaut, il émettra un avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 94 rectifié *ter*, 256 rectifié *bis* et 738.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 18.

L'amendement n° 983, présenté par Mmes Brulin, Apourceau-Poly, Silvani et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky, est ainsi libellé :

Après l'article 18

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 1° est complété par les mots : « en prenant en compte les spécificités de ces derniers »

2° Après le 6°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Le cas échéant des dispositifs d'aide prenant en compte le contexte économique et sanitaire des centres de santé ».

La parole est à Mme Céline Brulin.

Mme Céline Brulin. Je ne m'étendrai pas sur cet amendement, que notre groupe présente de manière assez récurrente. Il tend à ce que nos politiques publiques prennent mieux en compte les centres de santé.

Ces derniers sont très souvent gérés par des collectivités territoriales. Ils tiennent ainsi au respect de certaines exigences qu'on ne retrouve pas nécessairement dans le secteur libéral, comme le non-dépassement d'honoraires, la prévention et l'obligation de pratiquer le tiers payant.

Vu le contexte actuel, le dispositif proposé aura pour effet d'améliorer le maillage médical, afin de faciliter l'accès aux soins.

J'insiste, ces centres ne sont pas suffisamment soutenus. Voilà pourquoi nous défendons cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Je comprends l'intention exprimée par l'auteur de cet amendement, mais celui-ci est déjà satisfait par les dispositions législatives en vigueur. La commission émet donc un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 983.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 733, présenté par Mmes G. Jourda et Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne, Féret et Poumirol, MM. Fichet et Jomier, Mmes Lubin et Rossignol, MM. Bourgi et Ros, Mmes Linkenheld et Narassiguin, MM. Ziane et Lurel, Mme Bélim, M. Féraud, Mme Harribey, M. Gillé, Mme Brossel, MM. Fagnen et Chantrel, Mme Conway-Mouret, MM. Darras, Michau, Méryllou et Montaugé, Mme Bonnefoy, M. Roiron, Mme Blatrix Contat, MM. Jeansannetas, Vayssouze-Faure et M. Weber, Mme Monier, MM. P. Joly, Marie, Tissot, Durain et Chaillou, Mme Artigalas, MM. Redon-Sarrazy, Ouizille, Pla, Uzenat et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 18

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au dernier alinéa de l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale, les mots : « sous réserve de l'accord formel de leur praticien » sont remplacés par les mots et la phrase : « sauf décision contraire de leur praticien. Les indemnités de fonction qu'ils pourraient percevoir ne sont pas cumulables avec le bénéfice d'indemnités journalières.

La parole est à Mme Marion Canalès.

Mme Marion Canalès. Le congé maladie d'élus locaux qui sont par ailleurs salariés peut soulever des difficultés dans l'exercice de leur mandat. Ce problème a d'ailleurs bien été identifié par la délégation sénatoriale aux collectivités territoriales et à la décentralisation. Aussi, nous proposons de le corriger.

En ce domaine, il existe un flou juridique qu'il convient de lever. Nous suggérons donc que le médecin puisse interdire la poursuite du mandat électif en cas d'arrêt maladie, si cela s'avère nécessaire. En d'autres termes, l'élu local placé en congé maladie pourra régulièrement exécuter son mandat, sauf si son médecin le lui interdit expressément.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La commission connaît et salue l'engagement des élus locaux qui ne comptent pas leurs heures pour servir leurs administrés, même en cas de maladie.

Cette inversion de la charge de la preuve dispensera les élus locaux de recevoir l'accord formel de leur médecin pour continuer à exercer leur mandat.

La commission émet donc un avis favorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Vous proposez de supprimer l'accord formel du médecin, alors qu'il protège l'élu en reconnaissant son aptitude à poursuivre l'exécution du mandat local dans des conditions qui préservent son état de santé sans lui imposer une quelconque pression.

Soyons attentifs au bien-être des élus. Dans cette perspective, le Gouvernement émet un avis défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Marion Canalès, pour explication de vote.

Mme Marion Canalès. Je précise, encore une fois, que les travaux de la délégation sénatoriale aux collectivités territoriales et à la décentralisation ont bien souligné cette difficulté.

Cet amendement nous donne l'occasion d'améliorer le statut de l'élu. Aussi, malgré tout le respect que je dois à Mme la ministre, le Gouvernement aurait pu au moins émettre un avis de sagesse, d'autant que la commission s'est montrée favorable à notre proposition.

M. le président. La parole est à M. Simon Uzenat, pour explication de vote.

M. Simon Uzenat. Je rappellerai, en complément, que ce dispositif figure dans la proposition de loi portant création d'un statut de l'élu local, que nous avons votée ici même à l'unanimité.

Je peux comprendre votre position, madame la ministre, mais votre gouvernement a annoncé que cette proposition de loi serait examinée par l'Assemblée nationale au début de l'année prochaine. Dans ces conditions, nous espérons qu'elle ne sera pas détricotée par le même genre d'avis défavorable...

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 733.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 18.

L'amendement n° 996 rectifié, présenté par Mmes Corbière Naminzo, Brulin, Apourceau-Poly, Silvani et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky, est ainsi libellé :

Après l'article 18

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 758-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 758-1- ainsi rédigé :

« *Art. L. 758-1-* – Par dérogation au 3° du I de l'article L. 162-22-10 et au 3° du I de l'article L. 162-23-4, les coefficients géographiques prévus par le présent code, applicables en Guadeloupe, en Guyane, à La Réunion, en Martinique, à Mayotte, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, fixés chaque année, tiennent compte de tous les facteurs modifiant les coûts des établissements. »

La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Cet amendement de notre collègue Corbière Naminzo aborde la question primordiale du financement des structures de santé en outre-mer. Il a pour objet une revalorisation du coefficient géographique applicable aux établissements publics de santé ultramarins, en fonction des surcoûts réellement supportés.

Pour rappel, ce coefficient géographique avait été instauré pour compenser des surcoûts spécifiques liés à des particularités locales. Or il se trouve en deçà des besoins des établissements publics de santé.

Les conséquences de cette carence sont lourdes pour les structures hospitalières, alors que les déficits structurels et les sous-investissements s'accumulent depuis plusieurs années.

Dans ces conditions, la médecine en outre-mer ne peut que se dégrader. Il est donc indispensable de procéder à cette réévaluation, si tant est que l'on veuille répondre aux besoins particuliers des territoires ultramarins.

Cette réévaluation est d'autant plus indispensable que, comme le souligne fréquemment la Drees, la santé est plus dégradée en outre-mer qu'en métropole. Le présent amendement aura pour effet de gommer ces inégalités.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La prise en compte des spécificités de certains territoires, notamment ultramarins, est assurée par l'application d'un coefficient géographique qui concerne une part importante des recettes des établissements.

La loi le prévoit déjà : ce coefficient est fixé chaque année et tient compte des facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée.

J'entends votre demande de revalorisation, ma chère collègue. Toutefois, cet amendement est déjà satisfait, en droit, par le code de la sécurité sociale.

La commission demande donc qu'il soit retiré ; à défaut, elle émettra un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Même avis.

M. le président. Madame Apourceau-Poly, l'amendement n° 996 rectifié est-il maintenu ?

Mme Cathy Apourceau-Poly. Oui, je le maintiens, monsieur le président.

M. le président. Je le mets donc aux voix.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1229, présenté par M. Iacovelli, Mme Nadille, MM. Théophile, Patriat, Buis et Buval, Mmes Cazebonne et Duranton, M. Fouassin, Mme Havet, MM. Kulimoetoke, Lemoyne, Lévrier, Omar Oili et Patient, Mme Phinera-Horth, M. Rambaud, Mme Ramia, M. Rohfritsch, Mme Schillinger et les membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants, est ainsi libellé :

Après l'article 18

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation de l'article 52 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019. Il évalue en outre la pertinence de plafonner les cotisations des complémentaires santé pour les personnes âgées de plus de 70 ans, à l'instar du dispositif appliqué aux agents publics. Ce rapport devra analyser les impacts financiers pour les assureurs, les effets sur les bénéficiaires concernés, et proposer des pistes de mise en œuvre adaptées pour garantir une couverture santé stable et accessible aux personnes âgées.

La parole est à M. Xavier Iacovelli.

M. Xavier Iacovelli. Dans le secteur public, notamment dans la fonction publique d'État, la loi garantit le plafonnement des cotisations aux complémentaires santé pour les anciens agents publics de plus de 70 ans.

La stabilité de la couverture santé est ainsi assurée et ces personnes sont protégées contre des hausses de cotisations souvent difficiles à supporter pour les retraités modestes. Nous avons d'ailleurs abordé ce sujet dans la mission d'information sur les complémentaires santé et le pouvoir d'achat des Français, dont j'étais le rapporteur et Marie-Claire Carrère-Gée la présidente.

Par cet amendement, nous demandons qu'un rapport évalue la faisabilité et les impacts de l'extension de cette mesure de plafonnement au secteur privé. Nous pourrions ainsi mesurer les implications financières et déterminer les ajustements nécessaires à une mise en œuvre efficace, juste et durable.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. En effet, la pertinence d'un mécanisme de plafonnement des cotisations après un certain âge pour les sortants de contrats collectifs du secteur privé, à l'image de celui qui doit être prochainement déployé dans le secteur public, pourrait utilement faire l'objet de travaux de faisabilité, pourvu qu'on y associe les partenaires sociaux.

C'est à cette seule condition que la préconisation de la mission d'information sur les complémentaires santé et le pouvoir d'achat des Français pourra être mise en œuvre.

Cela étant, vous demandez la remise d'un rapport, une demande à laquelle la commission ne peut se montrer favorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat. *(Ah ! sur les travées du groupe RDPI.)*

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1229.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1230, présenté par M. Iacovelli, Mme Nadille, MM. Théophile, Patriat, Buis et Buval, Mmes Cazebonne et Duranton, M. Fouassin, Mme Havet, MM. Kulimoetoke, Lemoyne, Lévrier, Omar Oili et Patient, Mme Phinera-Horth, M. Rambaud, Mme Ramia, M. Rohfritsch, Mme Schillinger et les membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants, est ainsi libellé :

Après l'article 18

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation de l'article 52 de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019. Il évalue en outre la pertinence de la création d'une complémentaire santé solidaire spécifiquement dédiée aux seniors aux revenus modestes. Ce rapport dresse un état des lieux des besoins de cette population, notamment ceux dont les ressources se situent entre le minimum vieillesse et un plafond à définir. Ce rapport analyse l'efficacité potentielle de ce dispositif pour répondre au triple effet ciseau auquel les retraités sont confrontés : la perte de la prise en charge de la mutuelle par l'employeur après la retraite, la baisse du pouvoir d'achat et la hausse des cotisations dues à l'augmentation des risques liés à l'âge. Il étudie également l'impact de cette complémentaire sur la réduction des inégalités d'accès aux soins pour les seniors ainsi que les modalités de financement et de participation financière des retraités.

La parole est à M. Xavier Iacovelli.

M. Xavier Iacovelli. Par cet amendement, nous demandons la remise d'un rapport évaluant la création d'une complémentaire santé solidaire senior (C3S) pour les retraités disposant de revenus modestes.

Encore une fois, ce dispositif s'inspire du rapport d'information que ma collègue Carrère-Gée et moi-même avons remis au mois de septembre dernier, dans le cadre du droit de tirage réservé au groupe RDPI.

Les hausses des tarifs des mutuelles prévues pour les années 2024 et 2025 aggravent les difficultés des retraités, déjà confrontés à la baisse de leur pouvoir d'achat et à la fin de la prise en charge partielle par l'employeur du coût de la complémentaire au moment de la retraite.

Ces hausses, combinées à une augmentation des risques liés à l'âge, creusent les inégalités d'accès aux soins de ces populations vulnérables.

L'objectif de ce rapport est de déterminer si la mise en place d'une C3S permettrait de limiter ces inégalités, tout en assurant à ces retraités une couverture santé accessible. Le rapport proposera également des solutions pour garantir une meilleure information des retraités sur leurs droits, lors de la liquidation de leurs pensions, afin de lutter contre le non-recours à ces dispositifs.

Pour rappel, le phénomène de non-recours s'élève à 44 % parmi les personnes éligibles à la C2S, qu'elle soit contributive ou gratuite.

Cet amendement répond bien à la nécessité d'améliorer l'accès aux soins des seniors, tout en préservant leur pouvoir d'achat.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Notre collègue Iacovelli a remis il y a peu un excellent rapport sur la hausse des compléments santé. L'élaboration d'un nouveau rapport est-elle donc bien nécessaire ?

Compte tenu de la forte dynamique des cotisations des compléments santé, une telle évolution permettrait de répondre au problème de l'accès aux soins de nos aînés. Encore faut-il qu'elle soit financée et qu'elle ne conduise pas à creuser le déficit public.

En attendant, même si le sujet mérite vraiment qu'on y travaille, la commission émet un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Cet amendement est satisfait dès lors que de très nombreux rapports d'évaluation sont en cours d'élaboration.

Ainsi, un rapport d'évaluation quadriennale, qui s'appuie notamment sur les travaux du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale, traite déjà de la C2S et vous sera bientôt remis.

La C2S fait également l'objet d'un rapport d'activité que le Gouvernement remet chaque année au Parlement. Du reste, la Drees fournit aussi des éléments sur ce sujet.

Bref, nous sommes déjà abreuvés d'informations. En conséquence, le Gouvernement vous demande donc de bien vouloir retirer votre amendement ; à défaut, il émettra un avis défavorable.

M. le président. La parole est à M. Xavier Iacovelli, pour explication de vote.

M. Xavier Iacovelli. En effet, nous disposons maintenant d'une littérature importante sur la C2S, mais, vous l'aurez compris, cet amendement était pour moi l'occasion d'évoquer ce sujet.

J'avais espéré, en le déposant, que le Gouvernement puisse sinon s'engager, du moins affirmer ses positions sur cette idée de C3S à destination des seniors, au-delà de l'élaboration d'un simple rapport. *A priori*, mes espoirs sont douchés...

Je retire mon amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 1230 est retiré.

L'amendement n° 874 rectifié *ter*, présenté par M. Fichet, Mme Bonnefoy, MM. Fagnen, Montaugé, Pla, Redon-Sarrazy, Temal et Tissot, Mmes Le Houerou, Carlotti et Monier et MM. Bourgi, Ziane, Stanzione et P. Joly, est ainsi libellé :

Après l'article 18

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur l'article 48 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

Ce rapport analyse plus largement les conséquences financières et organisationnelles de la régulation de l'intérim médical relevant de l'article L. 6146-3 du code de la santé publique, en particulier en matière de

fermetures de lits et de services, dans les centres hospitaliers dits de proximité ou intermédiaires, et plus spécifiquement pour les services qui fonctionnaient majoritairement avec des personnels assurant des missions d'intérim. Il se penche également sur les modalités d'un encadrement des marchés publics de transports et d'hôtellerie des intérimaires.

La parole est à Mme Annie Le Houerou.

Mme Annie Le Houerou. Il s'agit d'une demande de rapport sur les conséquences financières et organisationnelles de la régulation de l'intérim médical. Je ne m'étendrai pas plus, ma collègue Poumirol ayant déjà évoqué ce sujet.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 874 rectifié ter.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 19

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° Le début de la première phrase du premier alinéa de l'article L. 5121-33-1 est ainsi rédigé : « En cas de rupture ou de risque de rupture d'approvisionnement ou afin de préserver la disponibilité des médicaments dont la demande fait l'objet de variations saisonnières, un arrêté... *(le reste sans changement)*. » ;
- ③ 2° À la première phrase du V de l'article L. 5125-23, les mots : « en cas de rupture de stock d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur mentionné sur la liste prévue à l'article L. 5121-30, remplacer le médicament prescrit » sont remplacés par les mots : « lorsque le médicament prescrit figure sur la liste mentionnée à l'article L. 5121-30, le remplacer » ;
- ④ 3° Le titre I^{er} du livre II de la cinquième partie est complété par un chapitre V ainsi rédigé :
- ⑤ « CHAPITRE V
- ⑥ « **Lutte contre les ruptures d'approvisionnement de dispositifs médicaux**
- ⑦ « *Art. L. 5215-1.* – Lorsque l'interruption ou la cessation attendue de la fourniture d'un dispositif médical inscrit sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale est susceptible d'entraîner un préjudice grave ou un risque de préjudice grave pour les patients ou la santé publique au sens de l'article L. 5211-5-1 du présent code, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent déterminer, par un arrêté pris sur proposition de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, les dispositifs médicaux alternatifs et les indications correspondantes ainsi que les conditions dérogatoires de leur prise en charge par l'assurance maladie.
- ⑧ « Lorsqu'un dispositif médical à usage individuel identifié comme alternatif en application du premier alinéa du présent article n'est pas inscrit sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et qu'il n'existe aucune autre alternative thérapeutique disponible qui soit prise en charge par l'assurance

maladie, son exploitant peut bénéficier d'une prise en charge dérogatoire temporaire, dans la limite du tarif de prise en charge du dispositif indisponible. Cette prise en charge est accordée pour une durée maximale d'un an à l'exploitant qui respecte les I ou II de l'article L. 5211-3 du présent code.

- ⑨ « Dans le cadre de cette prise en charge dérogatoire, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent modifier les conditions de délivrance, de distribution et de facturation des produits concernés, selon les modalités prévues par le code de la sécurité sociale.
- ⑩ « Les modalités de cette prise en charge dérogatoire temporaire sont définies par un décret en Conseil d'État. » ;
- ⑪ 4° L'article L. 5471-1 est ainsi modifié :
- ⑫ a) Le second alinéa du II est ainsi modifié :
- ⑬ – les mots : « aux 1° à 7° de » sont remplacés par le mot : « à » ;
- ⑭ – le taux : « 30 % » est remplacé par le taux : « 50 % » ;
- ⑮ b) Le III est ainsi modifié :
- ⑯ – au deuxième alinéa, le taux : « 30 % » est remplacé par le taux : « 50 % » et les mots : « d'un million » sont remplacés par les mots : « de cinq millions » ;
- ⑰ – au dernier alinéa, les mots : « aux 1° à 3° de » sont remplacés par le mot : « à » ;
- ⑱ c) Le IV est ainsi rédigé :
- ⑲ « IV. – L'agence publie les décisions de sanction financière prononcées au titre du I du présent article sur son site internet. Ces décisions demeurent disponibles pendant une période d'un an à compter de leur publication.
- ⑳ « La durée mentionnée au premier alinéa du présent IV peut être réduite par l'agence dans des conditions définies par décret en Conseil d'État. »
- ㉑ II. – La section 4 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :
- ㉒ 1° À la deuxième phrase du premier alinéa du I de l'article L. 162-16-4, après le mot : « thérapeutique, », sont insérés les mots : « du prix ou du tarif du médicament, déduction faite des différentes remises ou taxes en vigueur, fixé dans le cadre d'un achat national effectué dans les conditions prévues à l'article L. 1413-4 du code de la santé publique ou d'un achat conjoint effectué dans les conditions prévues par le règlement (UE) 2022/2371 du Parlement européen et du Conseil du 23 novembre 2022 concernant les menaces transfrontalières graves pour la santé et abrogeant la décision n° 1082/2013/UE, » ;
- ㉓ 2° Il est ajouté un article L. 162-19-2 ainsi rédigé :
- ㉔ « *Art. L. 162-19-2.* – Lorsqu'une spécialité pharmaceutique est acquise dans les conditions prévues à l'article L. 1413-4 du code de la santé publique ou dans celles prévues par le règlement (UE) 2022/2371 du Parlement européen et du Conseil du 23 novembre 2022 concernant les menaces transfrontalières graves pour la santé et abrogeant la décision n° 1082/2013/UE pour répondre à un besoin de santé publique et mise à la disposition des patients en vue de son administration, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent suspendre les procédures d'inscription ou de tarification

prévues aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5, L. 162-16-6, L. 162-17, L. 162-22-7 et L. 162-23-6 du présent code pour la spécialité concernée et pour l'ensemble des spécialités comparables ou à même visée thérapeutique, pour une durée qu'ils déterminent et qui ne peut excéder celle de l'épuisement du stock de cette spécialité, dans la limite de deux ans. »

M. le président. Je suis saisi de neuf amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 689, présenté par Mmes Poumirol et Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, MM. Fichet et Jomier, Mmes Lubin et Rossignol, MM. Bourgi et Ros, Mmes Linkenheld et Narassiguin, MM. Ziane et Lurel, Mme Bélim, M. Féraud, Mme Harribey, M. Gillé, Mme Brossel, MM. Fagnen et Chantrel, Mme Conway-Mouret, MM. Darras, Michau, Mérillou et Montaugé, Mme Bonnefoy, M. Roiron, Mme Blatrix Contat, MM. Jeansannetas, Vayssouze-Faure et M. Weber, Mmes Monier et G. Jourda, MM. P. Joly, Marie, Tissot, Durain et Chaillou, Mme Artigalas, MM. Redon-Sarrazy, Ouizille, Pla, Uzenat et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

I. – Après l'alinéa 1

Insérer cinq alinéas ainsi rédigés :

...° Le deuxième alinéa du I de l'article L. 5121-29 est ainsi modifié :

...) À la première phrase, les mots : « excéder quatre » sont remplacés par les mots : « être inférieure à deux mois, ni excéder six » ;

...) Après la première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Pour les médicaments mentionnés à l'article L. 5111-4, cette limite ne peut être inférieure à quatre mois, ni excéder huit mois de couverture des besoins. » ;

...° après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Dans des conditions définies par décret en Conseil d'État, le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut, notamment lorsque ces niveaux de stock sont incompatibles avec l'approvisionnement approprié et continu du marché national, autoriser le titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou l'entreprise pharmaceutique exploitant un médicament à constituer un stock de sécurité d'un niveau inférieur. »

II. – Après l'alinéa 10

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Le 1° de l'article L. 5423-9 est complété par les mots : « , sauf lorsqu'il y est autorisé dans les conditions prévues au même article L. 5121-29 ».

La parole est à Mme Émilienne Poumirol.

Mme Émilienne Poumirol. Cet amendement tend à accroître les obligations de constitution de stocks de médicaments.

Je ne reviendrai pas sur le phénomène de pénurie croissante de médicaments, qui est un problème récurrent : il constituait l'objet de la commission d'enquête conduite sous l'égide

de Sonia de La Provôté et de notre ancienne collègue Laurence Cohen en 2023, qui avait conclu à l'urgence de trouver le bon remède.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 avait imposé aux industriels l'obligation de constituer un stock minimum de quatre mois. Malheureusement, le décret paru en 2021 a réduit cette durée à deux mois.

Dès lors, en ce qui concerne les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM), nous souhaitons la constitution d'un stock plancher assurant la couverture des besoins pendant quatre mois, ainsi que celle d'un stock plafond d'une durée de huit mois.

M. le président. L'amendement n° 786 rectifié *ter*, présenté par Mme Havet, MM. Iacovelli et Lévrier, Mmes Schillinger et Cazebonne, M. Omar Oili, Mmes Duranton et Ramia, M. Buval et Mme Nadille, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 1

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

Après la deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 5121-29 du code de la santé publique, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur, cette limite ne peut être inférieure à quatre mois de couverture des besoins en médicament, calculés sur la base du volume des ventes de la spécialité concernée au cours des douze derniers mois glissants. »

La parole est à M. Xavier Iacovelli.

M. Xavier Iacovelli. Il est défendu, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 307 n'est pas soutenu.

L'amendement n° 1016, présenté par Mmes Brulin, Apourceau-Poly, Silvani et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 1

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° À la première phrase du deuxième alinéa du I de l'article L. 5121-29, après le mot : « peut », sont insérés les mots : « être inférieure à deux mois, ni ».

La parole est à Mme Céline Brulin.

Mme Céline Brulin. Par anticipation, je défendrai en même temps l'amendement n° 1017, monsieur le président.

Ma collègue Poumirol l'a rappelé, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 avait consacré l'obligation pour les industriels de constituer des stocks de médicaments, dont la durée a été revue à la baisse par décret.

Aujourd'hui, la pénurie de médicaments s'aggrave ; en janvier dernier, nous avons reçu près de cinq mille signalements de ruptures de stock.

L'amendement n° 1016 vise ainsi à définir un stock plancher, et non plus seulement un stock plafond. Il s'agit tout simplement de respecter les dispositions qui ont été votées.

L'amendement n° 1017 s'inscrit dans la même logique, en visant plus particulièrement les MITM.

M. le président. Les trois amendements suivants sont identiques.

L'amendement n°487 rectifié est présenté par Mme Bourcier, MM. Chasseing, Capus et Rochette, Mme L. Darcos, M. Brault, Mme Paoli-Gagin, M. Grand, Mme Romagny, M. Gremillet, Mme Nadille et M. Omar Oili.

L'amendement n°795 est présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, M. Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

L'amendement n°1017 est présenté par Mmes Brulin, Apourceau-Poly, Silvani et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Après l'alinéa 1

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

Après la première phrase du deuxième alinéa du I de l'article L. 5121-29, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur, cette limite ne peut être inférieure à quatre mois de couverture des besoins en médicament, calculés sur la base du volume des ventes de la spécialité concernée au cours des douze derniers mois glissants. »

La parole est à Mme Laure Darcos, pour présenter l'amendement n°487 rectifié.

Mme Laure Darcos. Cet amendement de Corinne Bourcier vise à tenir compte de l'importance des MITM. Ainsi, nous proposons que la limite des stocks les concernant ne puisse être inférieure à quatre mois de couverture des besoins.

M. le président. La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge, pour présenter l'amendement n°795.

Mme Raymonde Poncet Monge. Il est défendu !

M. le président. L'amendement n°1017 a été défendu.

L'amendement n°1368, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

I. – Après l'alinéa 1

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Après le deuxième alinéa de l'article L. 5121-29, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Dans des conditions définies par décret, le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut, notamment lorsque ces niveaux de stock sont incompatibles avec l'approvisionnement approprié et continu du marché national, autoriser le titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou l'entreprise pharmaceutique exploitant un médicament, mentionné sur la liste prévue à l'article L. 5121-30, à constituer un stock de sécurité d'un niveau inférieur. » ;

II. – Après l'alinéa 10

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Le 1° de l'article L. 5423-9 est complété par les mots : « , sauf lorsqu'il y est autorisé dans les conditions prévues au même article L. 5121-29 » ;

La parole est à Mme la ministre.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. L'objet de cet amendement est d'adapter les obligations relatives au niveau de stock, tout en conservant une approche individualisée et en excluant tout systématisme.

Ainsi, l'encadrement des obligations de stock de sécurité à un niveau ne pouvant excéder quatre mois pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur constitue une solution équilibrée, concertée avec l'ensemble des parties prenantes et tenant compte des contraintes opérationnelles des entreprises pharmaceutiques.

Cependant, le Gouvernement est prêt à travailler sur des dispositions relatives au niveau de stock de sécurité, conformément au consensus qui s'est dégagé des débats à l'Assemblée nationale sur la proposition de loi visant à lutter contre les pénuries de médicaments, à la condition d'adopter une approche individualisée et non systématique.

Aussi cet amendement tend-il à permettre au directeur général de l'ANSM d'adapter les obligations relatives au niveau de stock pour des médicaments soumis à des problèmes d'approvisionnement mis en évidence ou déclarés à l'Agence.

Au demeurant, je tiens à souligner que l'ANSM, dans son dialogue avec les industriels, fait preuve de discernement dans la régulation de ces tensions, car chaque situation est particulière.

Il existe une grande variété de médicaments, et une règle unique ne saurait s'appliquer de manière indifférenciée à l'ensemble d'entre eux ; il faut, bien au contraire, que la règle puisse s'adapter aux spécificités de chaque produit. Il convient donc de laisser à l'ANSM toute la souplesse nécessaire en la matière.

M. le président. L'amendement n°690, présenté par Mmes Poumirol et Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, MM. Fichet et Jomier, Mmes Lubin et Rossignol, MM. Bourgi et Ros, Mmes Linkenheld et Narasiguin, MM. Ziane et Lurel, Mme Bélim, M. Féraud, Mme Harribey, M. Gillé, Mme Brossel, MM. Fagnen et Chantrel, Mme Conway-Mouret, MM. Darras, Michau, Mérillou et Montaugé, Mme Bonnefoy, M. Roiron, Mme Blatrix Contat, MM. Jeansannetas, Vayssouze-Faure et M. Weber, Mmes Monier et G. Jourda, MM. P. Joly, Marie, Tissot, Durain et Chaillou, Mme Artigal, MM. Redon-Sarrazy, Quizille, Pla, Uzenat et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 1

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Après l'article L. 5121-29 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5121-29-1... ainsi rédigé :

« Art. L. 5121-29-1 – Le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut imposer la constitution d'un stock de sécurité d'un niveau supérieur à celui prévu à l'article L. 5121-29 pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur définis à l'article L. 5111-4 entrant dans le champ d'application de l'article L. 5121-30, sans excéder six mois de couverture des besoins. » ;

La parole est à Mme Émilienne Poumirol.

Mme Émilienne Poumirol. Cet amendement vise également à autoriser l'ANSM à augmenter les stocks minimaux de MITM, en lui laissant donc de la souplesse.

L'amendement n° 691, quant à lui, qui viendra plus tard en discussion, vise à accroître les possibilités de sanction à la disposition de l'ANSM en cas de fautes répétées de la part des industriels.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Je vais prendre un peu de temps pour l'expliquer, car ce sujet, pendant depuis longtemps, a fait l'objet d'une commission d'enquête au Sénat.

Ces amendements visent tous à augmenter les stocks de sécurité pouvant être exigés des entreprises pharmaceutiques. La loi prévoit actuellement que ceux-ci ne peuvent excéder quatre mois de couverture des besoins. Un décret précise la quantité attendue selon les situations.

Pour l'ensemble des médicaments, cette quantité s'élève à une semaine de couverture des besoins ; pour les MITM, deux mois de couverture des besoins ; pour certains MITM listés par le directeur général de l'ANSM, lorsqu'ils font l'objet de risques de rupture ou de ruptures de stock régulières, elle peut être augmentée dans la limite de quatre mois de couverture des besoins.

La commission n'est pas favorable à une augmentation uniforme des quantités de stock exigées pour chacune de ces trois catégories de médicaments. Une telle disposition pourrait en effet se révéler contre-productive, en alimentant les problèmes d'approvisionnement du circuit pharmaceutique ou en soulevant des difficultés liées aux dates de réemption.

La commission a donc émis un avis défavorable sur l'amendement n° 689, qui tend à porter les quantités de stock de deux à six mois de couverture des besoins pour l'ensemble des médicaments, et de quatre mois à huit mois pour les MITM, sur l'amendement n° 786 rectifié *ter*, ainsi que sur les amendements identiques n° 487 rectifié, 795 et 1017, qui visent à constituer au moins quatre mois de stock pour les MITM, ainsi que sur l'amendement n° 1016, lequel vise à fixer les quantités de stock pour l'ensemble des médicaments à deux mois ou plus.

En revanche, la commission a émis un avis favorable sur les amendements visant à ajouter de la souplesse dans la détermination des quantités de stock nécessaires.

L'amendement n° 1368 du Gouvernement tend ainsi à permettre au directeur général de l'ANSM d'autoriser un exploitant à constituer un stock de sécurité de niveau inférieur, lorsque le niveau de stock est incompatible avec l'approvisionnement approprié et continu du marché national. Il ne faudrait pas, en effet, que les exigences en matière de mois de stock se traduisent par une dégradation de l'approvisionnement du marché national, ce que chacun ici comprendra aisément.

L'amendement n° 690 de Mme Poumirol, quant à lui, vise, à l'inverse, à conférer au directeur général de l'ANSM la possibilité d'imposer la constitution d'un stock de sécurité supérieur à quatre mois, sans excéder six mois, pour des MITM qui présenteraient des risques très élevés de rupture. L'avis est également favorable sur cet amendement,

qui tend à apporter de la souplesse, mais cette faculté devra être utilisée avec parcimonie et justesse par le directeur de l'ANSM, à qui l'on peut faire confiance sur ce point.

L'avis est donc favorable sur ces deux amendements.

La commission souhaite ainsi favoriser une gestion fine des quantités de stock exigées, et s'en remettre à l'ANSM pour adapter ces quantités à la situation de chaque médicament, mais également émettre un signal à l'intention de l'industrie pharmaceutique, laquelle craignait de risquer des pénalités dans l'hypothèse où elle ne disposerait pas des stocks attendus par l'ANSM s'agissant de médicaments dont l'utilisation deviendrait nécessaire, impliquant précisément la libération desdits stocks.

La question qui se pose est donc la suivante, à mon sens : à quoi doit servir un stock de sécurité ?

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Le Gouvernement est défavorable à tous ces amendements en discussion commune – sauf au sien, bien évidemment, qui est très important... (*Sourires.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 689.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 786 rectifié *ter*.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1016.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 487 rectifié, 795 et 1017.

(*Les amendements ne sont pas adoptés.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1368.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 690.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 79 rectifié, présenté par M. Milon, Mme Petrus, MM. Somon, Sol et Khalifé, Mmes Aeschlimann et Malet, M. J.B. Blanc et Mmes Lassarde, M. Mercier, Jacques et Micouleau, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 1

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Après la première phrase du deuxième alinéa du I de l'article L. 5121-29, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Le stock de sécurité constitué par l'entreprise pharmaceutique est apprécié sur la base des stocks détenus à la fois par l'entreprise pharmaceutique exploitant le médicament, les établissements autorisés au titre d'une activité de grossiste-répartiteur ayant été approvisionnés par l'entreprise pharmaceutique au titre du médicament et les pharmaciens d'officine eux-mêmes approvisionnés par ces grossistes-répartiteurs. » ;

La parole est à M. Alain Milon.

M. Alain Milon. Cet amendement se justifie par son dispositif même.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. L'obligation de constituer des stocks de sécurité repose aujourd'hui sur l'exploitant. En effet, en application du droit européen et du code de la santé publique, celui-ci est responsable d'assurer un approvisionnement approprié et continu du marché national.

Ces stocks ont vocation à constituer une réserve de sécurité pour permettre une meilleure gestion des situations de tension et laisser aux autorités sanitaires le temps de prendre des mesures en cas de pénurie. Il n'est donc pas souhaitable que soient pris en compte les stocks détenus par les grossistes et les pharmacies, par définition beaucoup plus fluctuants, et qui ont vocation à répondre aux besoins immédiats des patients. Nous en reparlerons à propos d'un prochain amendement.

Je demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, l'avis serait défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Même avis.

M. le président. Monsieur Milon, l'amendement n° 79 rectifié est-il maintenu ?

M. Alain Milon. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 79 rectifié est retiré.

L'amendement n° 81 rectifié, présenté par M. Milon, Mme Petrus, MM. Somon, Sol et Khalifé, Mmes Aeschliemann et Malet, M. J.B. Blanc et Mmes Jacques, Lassarade, M. Mercier et Micouleau, est ainsi libellé :

I. – Après l'alinéa 1^{er}

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Après la première phrase du II de l'article L. 5121-29, est insérée une phrase ainsi rédigée : « La rupture d'approvisionnement ne peut être caractérisée que si le stock de sécurité défini au deuxième alinéa du présent article n'est pas constitué par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou l'entreprise exploitant un médicament et n'est pas rétabli dans un délai de deux mois suivant la déclaration de cette non-constitution à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé » ;

II. – Après l'alinéa 10

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Le 1° de l'article L. 5423-9 est complété par les mots : « , si le stock de sécurité défini par ces dispositions n'est pas constitué par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou l'entreprise exploitant un médicament et n'est pas rétabli dans un délai de deux mois suivant la déclaration de cette non-constitution à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé » ;

La parole est à M. Alain Milon.

M. Alain Milon. Cet amendement se justifie par son dispositif même. Je forme le vœu qu'il obtienne un avis différent !

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement tend, d'abord, à redéfinir la rupture d'approvisionnement en prévoyant que celle-ci n'est caractérisée que si le stock de sécurité n'est ni constitué ni rétabli dans un délai de deux mois suivant la déclaration de non-constitution.

Il vise à prévoir, en outre, que les entreprises ne peuvent être sanctionnées pour une absence de stock que si celui-ci n'est pas rétabli dans un délai de deux mois suivant la déclaration de non-constitution.

Nous venons, en adoptant l'amendement du Gouvernement, d'accorder de la souplesse aux entreprises et de permettre une gestion plus intelligente des stocks de sécurité qui leur sont imposés.

La rupture d'approvisionnement désigne l'incapacité pour une pharmacie de dispenser un médicament pendant soixante-douze heures. Il existe des ruptures régionales, voire infrarégionales, lorsqu'une difficulté survient dans le circuit de distribution.

Une telle restriction de la définition des ruptures neutraliserait largement la législation visant à sécuriser l'approvisionnement en médicaments adoptée ces dernières années.

Je demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, l'avis serait défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Même avis.

M. le président. Monsieur Milon, l'amendement n° 81 rectifié est-il maintenu ?

M. Alain Milon. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 81 rectifié est retiré.

L'amendement n° 171, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 1

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Après le deuxième alinéa du I de l'article L. 5121-29, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le décret en Conseil d'État mentionné au deuxième alinéa du présent I fixe les conditions dans lesquelles les stocks de sécurité constitués sont utilisés, en cas de rupture ou de risque de rupture d'approvisionnement, pour assurer un approvisionnement approprié et continu du marché national. » ;

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Nous en sommes toujours à l'examen des dispositions relatives aux stocks de sécurité. Cet amendement tend à faire fixer par décret les conditions d'utilisation de ces derniers.

Si leur constitution est essentielle pour permettre l'approvisionnement du marché français en situation de tension, il arrive toutefois que l'obligation légale associée et le risque de sanction soient mis en avant par les industriels pour justifier, en pareille situation, leur refus de libérer les stocks constitués, ce qui est pour le moins contradictoire.

Le présent amendement vise à préciser le régime applicable aux stocks et à éviter cet écueil en prévoyant que le décret en Conseil d'État fixant les seuils à respecter détermine également les conditions dans lesquelles les stocks constitués doivent être utilisés pour assurer un approvisionnement approprié et continu du marché en cas de rupture avérée ou de risque de rupture d'approvisionnement.

Là encore, l'objectif est d'éviter que l'obligation de constitution de ces stocks de sécurité s'avère contre-productive pour l'approvisionnement du marché.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, *ministre*. L'avis est défavorable, dans la mesure où cet amendement vient percuter, pour le mettre tant soit peu en difficulté, le dispositif que vous avez adopté en votant l'amendement du Gouvernement.

Mme Corinne Imbert, *rapporteuse*. Nous avons été précoces !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 171.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques.

L'amendement n° 48 rectifié est présenté par M. Milon, Mme Petrus, MM. Somon, Sol et Khalifé, Mme Aeschlimann, M. J.B. Blanc et Mmes Lassarade, Jacques, M. Mercier et Micouleau.

L'amendement n° 553 rectifié est présenté par MM. Kern, Levi et S. Demilly, Mme O. Richard, M. Bonneau, Mme Guidez, MM. Bleunven, Canévet et Cambier, Mmes Sollogoub, Jacquemet et Billon, M. Parigi, Mme Antoine, MM. Haye et Duffourg, Mme Saint-Pé, M. Folliot, Mme Perrot et M. Delcros.

L'amendement n° 1150 rectifié *ter* est présenté par Mme Berthet, MM. Anglars et Belin, Mmes Bellamy et Belrhiti, MM. E. Blanc, Bouchet, Brisson, Bruyen et Chaize, Mmes Dumont, Evren et Gosselin, M. Gremillet, Mme Joseph, M. Karoutchi, Mme Malet et MM. Naturel, Panunzi, Pellevat, Saury et Sido.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Après l'alinéa 1

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° À la première phrase de l'article L. 5121-30, après le mot : « stock », sont insérés les mots : « , de tensions d'approvisionnement ou risques de ruptures d'approvisionnement » ;

La parole est à M. Alain Milon, pour présenter l'amendement n° 48 rectifié.

M. Alain Milon. Les pénuries de médicaments sont une problématique majeure de santé publique. Selon le rapport publié l'an dernier par la commission d'enquête du Sénat sur la pénurie de médicaments, présidée par Sonia de La Provôté et dont Laurence Cohen était rapporteure, « 37 % des Françaises et Français déclarent avoir été confrontés à des pénuries de médicaments ». Pourtant, des outils pourraient permettre de limiter ces situations.

Les dispositions législatives actuelles permettent uniquement aux pharmaciens d'officine de substituer un médicament d'intérêt thérapeutique majeur par un autre en cas de rupture.

La feuille de route 2024-2027 du Gouvernement intitulée *Garantir la disponibilité des médicaments et assurer à plus long terme une souveraineté industrielle* dresse le constat, quant à elle, que « l'accroissement des tensions d'approvisionnement sur de nombreux champs thérapeutiques plaide pour l'élargissement des actions à la main des autorités sanitaires afin de détecter les signaux de tension, prévenir les ruptures et engager un plan d'action gradué dans des délais courts ».

Fort de ce constat, elle est construite autour d'un axe centré sur la « détection du signal et [un] plan d'action gradué face aux tensions d'approvisionnement et aux pénuries ».

L'intervention du pharmacien d'officine, madame la rapporteure, en amont de la rupture, à savoir lorsque l'ANSM a déclaré le produit en tension d'approvisionnement, pourrait permettre d'éviter une aggravation de la situation.

M. le président. La parole est à Mme Jocelyne Guidez, pour présenter l'amendement n° 553 rectifié.

Mme Jocelyne Guidez. Cet amendement est issu d'une proposition formulée dans le document que vient de citer notre collègue, dans lequel il est constaté que « l'accroissement des tensions d'approvisionnement sur de nombreux champs thérapeutiques plaide pour l'élargissement des actions à la main des autorités sanitaires afin de détecter les signaux de tension, prévenir les ruptures et engager un plan d'action gradué dans des délais courts ».

Fort de ce constat, il est proposé de construire cette feuille de route autour d'un axe centré sur la « détection du signal et [un] plan d'action gradué face aux tensions d'approvisionnement et aux pénuries ».

L'intervention du pharmacien d'officine en amont de la rupture, à savoir lorsque l'ANSM a déclaré le produit en tension d'approvisionnement, pourrait permettre d'éviter une aggravation de la situation.

M. le président. La parole est à M. Roger Karoutchi, pour présenter l'amendement n° 1150 rectifié *ter*.

M. Roger Karoutchi. Il est défendu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, *rapporteuse*. Je comprends, bien sûr, l'intention qui sous-tend ces amendements : il s'agit de mieux prévenir les ruptures d'approvisionnement.

Toutefois, mes chers collègues, vous évoquez des « tensions d'approvisionnement » ; or, si la rupture d'approvisionnement est constituée, aux termes du code de la santé publique, chaque fois qu'une pharmacie ne peut dispenser un médicament dans un délai de soixante-douze heures, la tension d'approvisionnement ne fait, quant à elle, l'objet d'aucune définition législative.

M. Alain Milon. Il y a tension avant qu'il n'y ait rupture !

Mme Corinne Imbert, *rapporteuse*. Sans doute, mais qu'est-ce qu'une tension d'approvisionnement ?

Vous étiez soucieux de prendre en compte la situation des industriels ; élargir le périmètre de la liste publiée par l'ANSM aux simples tensions d'approvisionnement emporterait plusieurs conséquences pour les exploitants concernés, comme l'obligation de constituer des stocks renforcés. De nouvelles obligations viendraient donc s'ajouter, alors que l'on peine déjà, en cas de rupture avérée ou de risque de rupture, à approvisionner le marché national.

Voilà pourquoi, tout en partageant sur le fond votre objectif, l'absence de définition, dans le code, de la notion de tension d'approvisionnement m'oblige à vous demander le retrait de ces amendements ; à défaut, l'avis sera défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, *ministre*. Même avis.

Mme Jocelyne Guidez. Je retire mon amendement, monsieur le président !

M. le président. L'amendement n° 553 rectifié est retiré.

Je mets aux voix les amendements identiques n° 48 rectifié et 1150 rectifié *ter*.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. L'amendement n° 172, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 1

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Après le premier alinéa de l'article L. 5121-31, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'État fixe le contenu, les conditions d'élaboration et d'actualisation des plans de gestion des pénuries. Il fixe également les conditions dans lesquelles le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut soumettre à des exigences renforcées les médicaments qui font l'objet de risques de ruptures ou de ruptures de stock réguliers. » ;

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Le présent amendement vise à permettre au directeur général de l'ANSM, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État, de soumettre à des exigences renforcées de formalisation les plans de gestion des pénuries des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur faisant l'objet de tensions régulières d'approvisionnement.

La commission d'enquête sénatoriale relative aux pénuries de médicaments avait, en effet, relevé la grande hétérogénéité des plans de gestion des pénuries produits par les exploitants, et recommandé à l'ANSM de prioriser ses contrôles sur les médicaments essentiels ou à fort risque de rupture. Cet amendement est directement issu des recommandations contenues dans son rapport.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 172.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 173, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 2

1° Remplacer le mot :

En

par les mots :

Un arrêté du ministre chargé de la santé peut rendre obligatoire, en

2° Remplacer les mots :

un arrêté

par les mots :

le recours à l'ordonnance de dispensation conditionnelle, dans les conditions prévues aux articles L. 5121-12-1-1 et L. 5121-20, ou, en cas de rupture d'approvisionnement, la délivrance

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Le Gouvernement ne sera sans doute pas aussi favorable à cet amendement, mais ce n'est pas grave. (Sourires.)

Celui-ci tend à étendre aux situations de risque de rupture ou de variation saisonnière de la demande la faculté pour le ministre de rendre obligatoire le recours à l'ordonnance conditionnelle, mais à laisser inchangé, en revanche, le périmètre dans lequel ce dernier peut rendre obligatoire la dispensation à l'unité.

Ce mode de délivrance n'a aucun effet utile sur les traitements chroniques, dont la dispensation demeurera récurrente; il n'est pas applicable, par ailleurs, aux formes galéniques concentrant les plus grandes difficultés d'approvisionnement, soit les formes pédiatriques et injectables.

De plus, il s'avère contraignant et chronophage pour les pharmaciens d'officine, qui ont manifesté leur hostilité à son extension. La mesure est d'autant moins acceptable, pour eux, que le Gouvernement affiche, dans son étude d'impact, ne pas souhaiter rémunérer cet effort. Passons sur ce point...

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, la commission juge souhaitable de réserver l'obligation de dispenser des médicaments à l'unité aux seules situations de rupture et non aux situations de risque de rupture.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Vous allez être surprise, madame la rapporteure : le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat ! (Sourires.)

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Merci, madame la ministre !

M. le président. La parole est à M. Roger Karoutchi, pour explication de vote.

M. Roger Karoutchi. Si je comprends bien, madame la ministre, madame la rapporteure, la notion de « tension d'approvisionnement » sur les médicaments n'existe pas ou, à tout le moins, manque de clarté, tandis que celle de « risque de rupture » bénéficie de fondements juridiques autrement solides. C'est très fort ! (Rires.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 173.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 318 n'est pas soutenu, non plus que l'amendement n° 599 rectifié.

L'amendement n° 1176 rectifié *ter*, présenté par Mme Evren, MM. Perrin et Rietmann, Mme Aeschlimann, M. Karoutchi, Mme Petrus, MM. Khalifé et Anglars, Mmes Josende et Gosselin, MM. Brisson et Panunzi, Mme Dumas, MM. J.B. Blanc et Savin, Mmes Belrhiti et Dumont, M. Houpert, Mme M. Mercier, M. Sido, Mme Micouveau, M. Mandelli, Mme Bellamy, M. Somon, Mme Joseph, M. Olivier, Mme P. Martin, MM. Gremillet et E. Blanc et Mme Borchio Fontimp, est ainsi libellé :

Alinéa 7

Remplacer les mots :

peuvent déterminer

par le mot :

déterminent

La parole est à Mme Agnès Evren.

Mme Agnès Evren. La santé de nos concitoyens est une priorité absolue, et l'accès aux dispositifs médicaux constitue un enjeu majeur de santé publique. À cet égard, la crise sanitaire a fait voler en éclats nos certitudes, car nous

pensions naïvement être à l'abri de ruptures d'approvisionnement de masse. Or la situation actuelle fait peser une grave menace sur la santé des Français.

Certes, l'article que nous examinons prévoit que les ministres chargés de la santé peuvent déterminer des alternatives en cas de rupture d'approvisionnement, mais cela n'est pas suffisant, dans la mesure où les termes employés laissent aussi la possibilité de ne pas le faire.

C'est pourquoi cet amendement tend à rendre obligatoire la proposition de telles solutions. Face aux tensions qui pèsent sur ce secteur, son adoption garantira à nos concitoyens la mise à disposition de substituts afin de renforcer notre sécurité sanitaire.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Je comprends l'intention des auteurs de cet amendement, qui vise à contraindre le Gouvernement à déterminer, en cas de pénurie sur un dispositif médical essentiel, les dispositifs médicaux alternatifs ainsi que les conditions dérogatoires de leur prise en charge par l'assurance maladie.

Toutefois, une telle obligation ne semble pas réaliste en pratique, et reste peu souhaitable. L'ANSM, que j'ai reçue en audition, a indiqué que cette procédure nouvelle serait, dans un premier temps au moins, difficile à mettre en pratique dans de nombreux cas. Le remplacement de dispositifs médicaux en rupture par des dispositifs alternatifs ne peut, de plus, pas se faire à n'importe quel prix.

Je comprends donc votre intention, mais cela me semble difficile à imposer dans la vraie vie. Aussi, je demande le retrait de cet amendement ; à défaut, l'avis serait défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1176 rectifié *ter*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 691, présenté par Mmes Poumirol et Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, MM. Fichet et Jomier, Mmes Lubin et Rossignol, MM. Bourgi et Ros, Mmes Linkenheld et Narasiguin, MM. Ziane et Lurel, Mme Bélim, M. Féraud, Mme Harribey, M. Gillé, Mme Brossel, MM. Fagnen et Chantrel, Mme Conway-Mouret, MM. Darras, Michau, Mérillou et Montaugé, Mme Bonnefoy, M. Roiron, Mme Blatrix Contat, MM. Jeansannetas, Vayssouze-Faure et M. Weber, Mmes Monier et G. Jourda, MM. P. Joly, Marie, Tissot, Durain et Chaillou, Mme Artigalas, MM. Redon-Sarrazy, Quizille, Pla, Uzenat et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 10

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Au premier alinéa de l'article L. 5423-9, le mot : « Constitue » est remplacé par le mot : « Constituent » et, après le mot : « manquement », sont insérés les mots : « pouvant être établi par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, notamment en application de ses prérogatives de contrôle sur pièce et sur place, et ».

Cet amendement a déjà été défendu.

Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Je demande le retrait de cet amendement ; à défaut, l'avis serait défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 691.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 78 rectifié, présenté par M. Milon, Mme Petrus, MM. Somon, Sol et Khalifé, Mmes Aeschlimann et Malet, M. J.B. Blanc et Mmes Lassarade, Jacques, M. Mercier et Micouleau, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 10

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Le 1° de l'article L. 5423-9 est complété par les mots : « , ayant pour conséquence directe d'induire une rupture d'approvisionnement au sens du II de l'article L. 5121-29 et de l'article R. 5124-49-1, ayant entraîné un défaut de délivrance à un ou plusieurs patients, dans les conditions prévues au même article L. 5121-29 » ;

La parole est à M. Alain Milon.

M. Alain Milon. La loi définit actuellement comme un manquement soumis à sanction financière le fait pour un laboratoire de ne pas constituer le stock de sécurité destiné au marché national.

Or cette obligation stricte va à l'encontre même de l'objectif de constitution d'un stock de sécurité, qui est de permettre à ce stock de jouer son rôle de tampon pendant un temps donné afin qu'aucune rupture n'intervienne sur le marché et que les patients soient traités sans discontinuité.

Compte tenu des sanctions encourues et de l'ampleur que prennent les pénuries de médicaments en France, malgré les efforts des exploitants et titulaires d'AMM pour maintenir le stock de sécurité à son niveau maximum, il semble important de bien définir la responsabilité encourue.

Cet amendement tend donc à spécifier que seul un manquement à l'obligation de constitution de stock de sécurité qui a effectivement entraîné une rupture d'approvisionnement, et qui a donc emporté de réelles conséquences en termes d'accès aux soins pour les patients, peut être sanctionné.

Cette définition plus stricte de l'élément matériel susceptible de déclencher la sanction permet de responsabiliser de façon plus vertueuse les exploitants et titulaires d'AMM en ne les décourageant pas par l'application automatique d'une sanction dans des circonstances qui, bien souvent, ne relèvent pas de leur pouvoir de décision.

Ainsi, il paraît juste de sanctionner un exploitant ou un titulaire d'AMM dont le stock de sécurité n'a pas été constitué si ce manquement, bien souvent temporaire et circonstancié, a effectivement entraîné une rupture d'approvisionnement suivie d'une difficulté d'accès aux soins pour les patients.

Dans le cas contraire, l'exploitant ou le titulaire d'AMM aura bien pu remplir son obligation d'approvisionnement approprié et continu du marché national, et aucune sanction ne saurait lui être appliquée.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Ainsi modifiée, la loi ne permettrait plus de sanctionner l'absence de stock que lorsque celle-ci aurait pour conséquence directe d'induire une rupture d'approvisionnement et un défaut de délivrance à un ou plusieurs patients.

Les obligations relatives à la constitution de stocks ont pourtant précisément pour objectif de prévenir les risques de rupture d'approvisionnement et de permettre de gérer les pénuries en les limitant.

J'entends, bien sûr, les préoccupations des industriels. Néanmoins, nous avons déjà assoupli les règles en adoptant un amendement précédent.

En tout état de cause, il ne me paraît pas souhaitable de restreindre aussi fortement les pouvoirs de l'ANSM. C'est pourquoi je demande le retrait de cet amendement ; à défaut, l'avis serait défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 78 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 989 rectifié, présenté par Mmes Brulin, Apourceau-Poly, Silvani et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 10

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° L'article L. 5423-9 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le manquement aux obligations prévues aux 5°, 6° et 7° du présent article fait l'objet d'une sanction financière comprise entre 0,5 % et 2 % du chiffre d'affaires du titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou de l'entreprise pharmaceutique exploitante. » ;

La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Cet amendement vise à renforcer les pénalités financières du titulaire d'autorisation de mise sur le marché ou de l'entreprise pharmaceutique qui ne respecte pas ses obligations en matière de prévention des pénuries du médicament. Nous proposons donc que les sanctions prononcées par l'ANSM soient comprises entre 0,5 % et 2 % du chiffre d'affaires du titulaire de l'AMM ou de l'entreprise pharmaceutique exploitante.

Cette mesure reprend la recommandation n° 6 du rapport de la commission d'enquête du Sénat sur la pénurie de médicaments et les choix des industriels pharmaceutiques.

M. le président. L'amendement n° 1178 rectifié *bis*, présenté par Mme Evren, MM. Perrin et Rietmann, Mme Aeschlimann, M. Karoutchi, Mme Petrus, MM. Khalifé et Anglars, Mmes Josende et Gosselin, MM. Brisson et Panunzi, Mme Dumas, MM. J.B. Blanc, Bruyen et Savin, Mmes Belrhiti et Dumont, M. Houpert, Mme M. Mercier, M. Sido, Mme Micouleau, M. Mandelli, Mme Bellamy, M. Somon, Mme Joseph, M. Olivier, Mme P. Martin, M. E. Blanc et Mme Borchio Fontimp, est ainsi libellé :

I. – Alinéas 12 à 14

Remplacer ces alinéas par quatre alinéas ainsi rédigés :

a) Le second alinéa du II est ainsi rédigé :

« Par dérogation au premier alinéa du présent II :

« – pour les manquements mentionnés aux 2° à 8° de l'article L. 5423-9, l'agence peut assortir cette sanction financière d'une astreinte journalière pour chaque jour de rupture d'approvisionnement constaté, qui ne peut être supérieure à 30 % du chiffre d'affaires journalier moyen réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré ;

« – pour les manquements mentionnés au 1° de l'article L. 5423-9, l'agence peut assortir cette sanction financière d'une astreinte journalière pour chaque jour de rupture d'approvisionnement constaté, qui ne peut être supérieure à 30 % du chiffre d'affaires journalier moyen réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré, sauf si l'exploitant a été en capacité de rétablir un niveau de stock conforme à la limite fixée conformément aux termes de l'article L. 5121-29, dans le mois qui suit l'information de cette situation à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé et dans les meilleurs délais par l'exploitant. » ;

II. – Alinéas 15 à 17

Remplacer ces alinéas par un alinéa ainsi rédigé :

b) Le deuxième alinéa du III est complété par une phrase ainsi rédigée : « Dans les cas du 1°, du a et b du 5°, et du b du 7° de l'article L. 5423-9, si l'exploitant a été en capacité de rétablir un niveau de stock conforme à la limite fixée conformément aux termes de l'article L. 5121-29, dans le mois qui suit l'information de cette situation à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé par ce dernier, aucune sanction n'est prononcée. » ;

III. – Pour compenser la perte de recettes résultant des I et II, compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

– La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du présent article est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

La parole est à Mme Agnès Evren.

Mme Agnès Evren. Garantir la disponibilité des médicaments doit être notre priorité absolue. C'est une question de santé publique, mais aussi de souveraineté.

Pour autant, nous devons également faire preuve de réalisme face aux contraintes auxquelles sont soumis les laboratoires, à commencer par leur dépendance à l'égard de produits fabriqués à l'étranger.

La loi prévoit une sanction unique pour les laboratoires dont les stocks de médicaments s'avèrent insuffisants. Une telle approche ne tient pas compte des multiples raisons susceptibles d'expliquer ces tensions d'approvisionnement.

C'est pourquoi cet amendement vise à introduire une nuance essentielle, en permettant de ne pas sanctionner les laboratoires dès lors qu'ils parviennent à reconstituer un stock

suffisant dans un délai d'un mois. Nous pourrions ainsi garantir la continuité d'approvisionnement sans pour autant pénaliser des laboratoires aux prises avec des conditions complexes.

M. le président. L'amendement n° 80 rectifié, présenté par M. Milon, Mme Petrus, MM. Somon, Sol et Khalifé, Mmes Aeschlimann et Malet, M. J.B. Blanc et Mmes Lassarade, M. Mercier, Jacques et Micouleau, est ainsi libellé :

Alinéa 16

Remplacer cet alinéa par quatre alinéas ainsi rédigés :

- au deuxième alinéa, les mots : « à l'article L. 5423-9 » sont remplacés par les mots : « aux 1° à 4°, 6°, 8° et 9° de l'article L. 5423-9 » ;

- après le même deuxième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Par exception à l'alinéa précédent, le montant de la sanction prononcée pour le manquement mentionné au 1° de l'article L. 5423-9 est proratisé au nombre de jours constitutifs de la rupture de stock de sécurité destiné au marché national en application du deuxième alinéa de l'article L. 5121-29, dans la limite de 150 000 € pour une personne physique et de 30 % du chiffre d'affaires réalisé lors du dernier exercice clos pour le produit ou le groupe de produits concernés, dans la limite d'un million d'euros, pour une personne morale.

« Le montant de la sanction prononcée pour les manquements mentionnés aux 5° et 7° de l'article L. 5423-9 ne peut être supérieur à 150 000 € pour une personne physique et à 50 % du chiffre d'affaires réalisé lors du dernier exercice clos pour le produit ou le groupe de produits concernés, dans la limite de cinq millions d'euros, pour une personne morale. » ;

La parole est à M. Alain Milon.

M. Alain Milon. Cet amendement vise à maintenir, pour la constitution du stock de sécurité, la sanction maximale à 30 % du chiffre d'affaires, et non à 50 %, en tant que sanction soles pour tous les médicaments, et à sanctionner le fait de ne pas constituer le stock de sécurité destiné au marché national exclusivement au prorata du nombre de jours au cours desquels ce stock était inférieur au minimum requis.

Une telle disposition aura un effet vertueux en encourageant les entreprises à trouver des solutions rapides et efficaces pour limiter les délais de rupture, sans pour autant les inciter à se désengager du marché par une sanction excessive applicable à l'ensemble de leur chiffre d'affaires hors taxes annuel, sans tenir compte de l'impact effectif et de la durée de cet événement.

L'objectif est de limiter au maximum les conséquences de ces situations sur l'accès aux soins des patients, et de porter la sanction à 50 % du chiffre d'affaires des entreprises pour les seuls cas de non-respect des obligations de moyen relatives aux médicaments d'intérêt thérapeutique majeur.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Les pouvoirs de sanction de l'ANSM sont déjà renforcés. Le montant des sanctions prononcées par l'Agence à l'encontre des laboratoires au

cours des dix premiers mois de l'année 2024 s'élève à plus de 8 millions d'euros. Il ne me paraît donc pas souhaitable d'alourdir ces sanctions.

En revanche, la commission ne souhaite pas permettre un contournement de l'obligation de constituer des stocks en empêchant l'ANSM de sanctionner les manquements en amont d'une rupture.

Je rappelle que l'objectif de cette obligation est avant tout préventif. On pourrait certes arguer que l'instauration de ces obligations de constituer des stocks, dont les volumes varient selon les médicaments, n'a mis un terme ni aux risques de rupture ni aux ruptures d'approvisionnement, et que ces obligations sont donc inefficaces. J'estime toutefois qu'au regard de l'ensemble des raisons qui expliquent les ruptures d'approvisionnement, un tel argument ne tient pas.

Je demande le retrait de ces amendements ; à défaut, l'avis serait défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. J'estime qu'il convient de préserver l'équilibre du texte initial. Certains veulent en faire plus, d'autres veulent en faire moins. Je vous propose donc d'en rester à un moyen terme.

L'avis est défavorable sur ces trois amendements.

M. le président. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour explication de vote.

Mme Émilienne Poumirol. Le groupe Socialiste, Écologiste et Républicain soutient l'amendement n° 989 rectifié de Mme Brulin, dont l'objet est très proche de celui de l'amendement n° 691, que j'ai défendu précédemment.

Les sanctions prononcées par l'ANSM s'élevaient l'année dernière à 500 000 d'euros ; vous indiquez qu'elles s'élèveraient à 8 millions d'euros cette année, madame la rapporteure. Au regard du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique, cela me paraît peu. J'estime donc que l'ANSM peut sanctionner davantage qu'elle ne le fait aujourd'hui.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 989 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1178 rectifié bis.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 80 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Organisation des travaux

M. le président. La parole est à M. le président de la commission.

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Mes chers collègues, au regard du nombre d'amendements qu'il nous reste à examiner, nous ne pourrions pas achever l'examen de ce texte cette nuit. En dépit de mes discussions avec les différents groupes, auxquels j'ai demandé de bien vouloir réduire la durée et le nombre de leurs interventions, il nous faudrait en effet examiner trente-deux amendements par heure pendant cinq heures et demie, ce qui nous laisserait moins de deux minutes par amendement.

La séance sera donc levée à minuit et demi, et elle ouvrira demain matin à neuf heures trente. Si nous parvenons à adopter un rythme soutenu, nous pourrions espérer terminer à treize heures demain. Sinon, nous y passerons la journée!

7

MISE AU POINT AU SUJET D'UN VOTE

M. le président. La parole est à M. Xavier Iacovelli.

M. Xavier Iacovelli. Lors du scrutin n° 56 sur l'amendement n° 125 tendant à insérer un article additionnel après l'article 7 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, M. Stéphane Fouassin souhaitait voter contre.

M. le président. Acte est donné de cette mise au point, mon cher collègue. Elle figurera dans l'analyse politique du scrutin concerné.

Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux; nous les reprendrons à vingt et une heures trente-cinq.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à vingt heures cinq, est reprise à vingt et une heures trente-cinq, sous la présidence de M. Pierre Ouzoulias.)

PRÉSIDENTIE DE M. PIERRE OUZOULIAS vice-président

M. le président. La séance est reprise.

8

MISE AU POINT AU SUJET DE VOTES

M. le président. La parole est à Mme Laure Darcos.

Mme Laure Darcos. Lors du scrutin n° 68 sur les amendements identiques n° 399 rectifié, 1013 et 1109 tendant à supprimer l'article 16 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 et du scrutin n° 71 sur l'amendement n° 969 tendant à supprimer l'article 17 du même texte, mon collègue Pierre-Jean Verzelen souhaitait voter pour.

M. le président. Acte est donné de cette mise au point, ma chère collègue. Elle figurera dans l'analyse politique des scrutins concernés.

9

FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2025

SUITE DE LA DISCUSSION D'UN PROJET DE LOI

M. le président. Nous reprenons la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

Dans la discussion des articles, nous en sommes parvenus à l'amendement n° 1018, au sein de l'article 19.

Article 19 (suite)

M. le président. L'amendement n° 1018, présenté par Mmes Brulin, Apourceau-Poly, Silvani et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky, est ainsi libellé:

Après l'alinéa 11

Insérer un alinéa ainsi rédigé:

« ...) Au I, les mots: « peut prononcer » sont remplacés par le mot: « prononce »;

La parole est à Mme Céline Brulin.

Mme Céline Brulin. Il est défendu, monsieur le président.

M. le président. Quel est l'avis de la commission?

Mme Corinne Imbert, rapporteure de la commission des affaires sociales pour l'assurance maladie. Nous avons déjà débattu de cette question. L'avis est défavorable, monsieur le président.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre de la santé et de l'accès aux soins. Avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1018.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 693, présenté par Mmes Poumirol et Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, MM. Fichet et Jomier, Mmes Lubin et Rossignol, MM. Bourgi et Ros, Mmes Linkenheld et Narasiguin, MM. Ziane et Lurel, Mme Bélim, M. Féraud, Mme Harribey, M. Gillé, Mme Brossel, MM. Fagnen et Chantrel, Mme Conway-Mouret, MM. Darras, Michau, Mérillou et Montaugé, Mme Bonnefoy, M. Roiron, Mme Blatrix Contat, MM. Jeansannetas, Vayssouze-Faure et M. Weber, Mmes Monier et G. Jourda, MM. P. Joly, Marie, Tissot, Durain et Chaillou, Mme Artigalas, MM. Redon-Sarrazy, Quizille, Pla, Uzenat et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé:

Après l'alinéa 22

Insérer un alinéa ainsi rédigé:

...° À l'avant-dernière phrase du premier alinéa du I de l'article L. 162-16-4, après le mot: « constatés », sont insérés les mots: « des investissements réels au titre de la recherche et développement et du financement public de cette recherche »;

La parole est à M. Simon Uzenat.

M. Simon Uzenat. Il est défendu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 693.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 736 rectifié, présenté par Mmes Harribey et Poumirol, M. Gillé, Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès et Conconne, M. Fichet, Mme Féret,

M. Jomier, Mmes Lubin et Rossignol, MM. Bourgi et Ros, Mmes Linkenheld et Narassiguin, MM. Ziane et Lurel, Mme Bélim, M. Féraud, Mme Brossel, MM. Fagnen et Chantrel, Mme Conway-Mouret, MM. Darras, Michau, Mérillou et Montaugé, Mme Bonnefoy, M. Roiron, Mme Blatrix Contat, MM. Jeansannetas, Vayssouze-Faure et M. Weber, Mmes Monier et G. Jourda, MM. P. Joly, Marie, Tissot, Durain et Chaillou, Mme Artigalas, MM. Redon-Sarrazy, Ouizille, Pla, Uzenat et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 22

Insérer six alinéas ainsi rédigés :

...° Le premier alinéa de l'article L. 162-17-4-3 est ainsi modifié :

a) La première phrase est ainsi modifiée :

– après la première occurrence du mot : « santé », sont insérés les mots : « l'état de la propriété intellectuelle, les éventuelles opérations de rachat ou de fusion d'entreprises, la liste des structures de recherche publiques et privées impliquées dans la découverte du principe actif et l'origine de leur financement et » ;

– après le mot : « publics », sont insérés les mots : « directs et indirects » ;

– après la seconde occurrence du mot : « développement », sont insérés les mots : « de chacun » ;

b) Sont ajoutées quatre phrases ainsi rédigées : « Les entreprises mettent également à la disposition du comité économique des produits de santé le montant de leurs dépenses annuelles en recherche et développement, le montant de leurs dépenses annuelles liées à la promotion des médicaments qu'elles exploitent ainsi que les informations relatives aux prix pratiqués, aux conditions de remboursement et aux volumes de ventes constatés dans les autres pays européens. Ces données sont rendues publiques dans le rapport annuel du Comité économique des produits de santé. Les entreprises dont le chiffre d'affaires est supérieur à 20 milliards d'euros annuel sont sanctionnées à hauteur de 0,5 % de leur chiffre d'affaires en cas de défaut de déclaration du montant des investissements publics de recherche et développement dont elles ont bénéficié pour le développement des médicaments. Le produit de la pénalité est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie » ;

La parole est à M. Simon Uzenat.

M. Simon Uzenat. La principale justification des industriels aux prix – et c'est la réalité – beaucoup trop élevés des médicaments est le fort coût de la recherche et développement mise en œuvre pour développer un nouveau médicament. Or, comme le rappelle l'assurance maladie dans son rapport intitulé *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : les propositions de l'assurance maladie pour 2024*, une part non négligeable des dépenses de recherche et développement provient de financements publics, grâce à un certain nombre de dispositifs, notamment fiscaux.

Conformément à la préconisation formulée dans le rapport de la commission d'enquête sénatoriale sur la pénurie de médicaments et les choix de l'industrie pharmaceutique française, publié le 4 juillet 2023, le présent amendement

visé à assurer la réelle transparence des montants des investissements publics de recherche et développement alloués aux entreprises qui s'engagent à produire de nouveaux médicaments, en précisant les dispositions de la loi du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 adoptées en ce sens.

M. le président. L'amendement n° 796, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, M. Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 22

Insérer six alinéas ainsi rédigés :

...° Le premier alinéa de l'article L. 162-17-4-3 est ainsi modifié :

a) La première phrase est ainsi modifiée :

– après la première occurrence du mot : « santé », sont insérés les mots : « l'état de la propriété intellectuelle, les éventuelles opérations de rachat ou de fusion d'entreprises, la liste des structures de recherche publiques et privées impliquées dans la découverte du principe actif et l'origine de leur financement et » ;

– après le mot : « publics », sont insérés les mots : « directs et indirects » ;

– après la seconde occurrence du mot : « développement », sont insérés les mots : « de chacun » ;

b) sont ajoutées deux phrases ainsi rédigées : « Les entreprises mettent également à la disposition du comité économique des produits de santé le montant de leurs dépenses annuelles en recherche et développement, le montant de leurs dépenses annuelles liées à la promotion des médicaments qu'elles exploitent ainsi que les informations relatives aux prix pratiqués, aux conditions de remboursement et aux volumes de ventes constatés dans les autres pays européens. Ces données sont rendues publiques dans le rapport annuel du Comité économique des produits de santé. » ;

La parole est à Mme Anne Souyris.

Mme Anne Souyris. Il convient de mettre un terme à une opacité qui n'est plus acceptable, mes chers collègues. Par cet amendement, il est donc demandé que les sommes investies pour la recherche, les essais cliniques, la mise sur le marché ou encore le marketing soient de notoriété publique.

Il est également demandé que les laboratoires communiquent les coûts de recherche et développement, les prix pratiqués et les bénéfices dégagés dans les autres pays. Nous serons ainsi en mesure de comprendre et de contrôler les prix des médicaments.

M. le président. L'amendement n° 990 rectifié, présenté par Mmes Brulin, Apourceau-Poly, Silvani et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 22

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Le premier alinéa de l'article L. 162-17-4-3 est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Les entreprises mettent également à la disposition du comité

économique des produits de santé le montant de leurs dépenses annuelles en recherche et développement, le montant de leurs dépenses annuelles liées à la promotion des médicaments qu'elles exploitent ainsi que les informations relatives aux prix pratiqués, aux conditions de remboursement et aux volumes de ventes constatés dans les autres pays européens. Ces données sont rendues publiques dans le rapport annuel du comité économique des produits de santé. » ;

La parole est à Mme Céline Brulin.

Mme Céline Brulin. Par cet amendement, il est également proposé d'obliger les laboratoires, au-delà d'un certain niveau de prix, à transmettre au Comité économique des produits de santé (CEPS), non seulement le montant des subventions de recherche et développement publiques, mais également les coûts de recherche et développement, de marketing, ainsi que les prix pratiqués et les volumes de ventes constatés dans d'autres pays.

Les travaux de la commission d'enquête sénatoriale susvisée avaient en effet montré que la rentabilité de l'industrie pharmaceutique était bien plus importante que dans d'autres secteurs industriels. Une abondante littérature tend par ailleurs à montrer que le crédit d'impôt recherche (CIR), dont ce secteur industriel bénéficie largement, a des effets bien plus significatifs pour les petites et moyennes entreprises (PME) que pour les entreprises de taille intermédiaire (ETI) et les grandes entreprises.

Nous souhaitons donc davantage de transparence dans l'utilisation de l'argent public.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Ces amendements visent à contraindre les entreprises pharmaceutiques à rendre publiques des informations confidentielles qui concernent notamment les opérations de rachat ou de fusion, les dépenses en recherche et développement, les dépenses promotionnelles, les ventes et volumes de remboursement en France et à l'étranger.

La plupart de ces informations sont couvertes par le secret des affaires et ne seraient pas utiles au CEPS dans la fixation du prix du médicament, dont je rappelle qu'elle dépend principalement de l'amélioration du service médical rendu, c'est-à-dire du progrès thérapeutique permis par le médicament.

La majorité de ces informations ne seront pas davantage utiles au CEPS pour réguler les dépenses de médicaments. Lorsqu'elles sont utiles, elles lui sont d'ores et déjà transmises, par exemple pour documenter une demande de hausse de prix.

Pour l'ensemble de ces raisons, l'avis est défavorable sur ces trois amendements.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 736 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 796.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 990 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1327, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Compléter cet article par quatre alinéas ainsi rédigés :

3° Il est ajouté un article L. 162-19-2-... ainsi rédigé :

« Art. L. 162-19-2- – Lorsqu'une spécialité pharmaceutique est acquise dans les conditions prévues à l'article L. 1413-4 du code de la santé publique ou dans celles prévues par le règlement (UE) 2022/2371 du Parlement européen et du Conseil du 23 novembre 2022 concernant les menaces transfrontalières graves pour la santé et abrogeant la décision n° 1082/2013/UE pour répondre à un besoin de santé publique et être mise à la disposition des patients en vue de son administration, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent fixer par arrêté l'indemnité versée par la Caisse nationale d'assurance maladie au titre de sa distribution par l'établissement pharmaceutique de distribution en gros et, le cas échéant, de sa dispensation par les pharmacies d'officine ou les pharmacies à usage intérieur ou de sa délivrance aux professionnels de santé par ces mêmes pharmacies.

« En tant que de besoin, cet arrêté peut déroger aux dispositions relatives aux marges de distribution prévues à l'article L. 162-38 et au premier alinéa du I de l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale.

« La fixation de l'indemnité tient compte des coûts et charges liés aux opérations de distribution ou de dispensation de la spécialité, notamment en termes de stockage, transport, traçabilité, suivi et reconditionnement, ainsi que des volumes d'activité des professionnels ou entreprises concernés. L'arrêté susmentionné précise les modalités de versement de cette indemnité et notamment la période pendant laquelle elle est versée. »

La parole est à Mme la ministre.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Cet amendement vise à permettre aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale 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 stratégique de l'État et des spécialités qui seraient achetées *via* des achats conjoints européens.

Dans un contexte de tension et de risque de pénuries, notre pays pourrait en effet décider de rejoindre des initiatives d'achats conjoints européens. Les travaux en cours dans le cadre de la révision du cadre législatif européen du médicament et les expériences passées montrent l'intérêt d'achats groupés au niveau européen pour des produits susceptibles de connaître des difficultés structurelles d'approvisionnement, par exemple les vaccins et les antibiotiques. De tels achats permettent également de réaliser des économies d'échelle.

En cas d'achats groupés européens ou nationaux, je souhaite que les conditions de rémunération des grossistes répartiteurs et des pharmaciens, telles qu'elles sont prévues dans le droit commun, constituent la modalité privilégiée de rémunération.

Les dispositions proposées permettent en outre de s'adapter agilement pour répondre avec célérité à d'éventuelles situations d'urgence sanitaire.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. L'avis est favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1327.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 19, modifié.

(L'article 19 est adopté.)

Après l'article 19

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 1349 est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 1354 est présenté par le Gouvernement.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 19

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Avant le dernier alinéa de l'article L. 1435-7-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au cinquième alinéa du présent article, la sanction financière mentionnée au 14° de l'article L. 5424-3 est versée à la Caisse nationale de l'assurance maladie. » ;

2° L'article L. 4231-2 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Il organise la mise en œuvre d'un système d'information destiné à partager entre les acteurs pharmaceutiques et les autorités sanitaires des informations sur les ruptures d'approvisionnement de médicaments. » ;

3° Après l'article L. 5121-29, il est inséré un article L. 5121-29-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 5121-29-1. – I. – Afin d'anticiper et d'assurer le traitement des ruptures ou des risques de ruptures d'approvisionnement de médicaments et de favoriser les échanges entre les acteurs de la chaîne d'approvisionnement, les pharmacies d'officine et les établissements pharmaceutiques renseignent un système d'information sur la disponibilité des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur mentionnés à l'article L. 5111-4.*

II. – La mise en œuvre du système d'information mentionné au I peut être assurée par le Conseil national de l'ordre des pharmaciens mentionné à l'article L. 4231-2 en application d'une convention signée avec l'État, la Caisse nationale d'assurance maladie et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

À défaut de conclusion de la convention, le ministre chargé de la santé fixe par arrêté les modalités de la mise en œuvre du système d'information par un autre responsable.

Un décret en Conseil d'État pris après avis du Conseil national de l'ordre des pharmaciens précise notamment les modalités de financement du système d'information, les catégories de données à renseigner, les conditions

d'accès aux données et leur durée de conservation, les destinataires ainsi que les exigences de sécurité et de traçabilité du système.

III. – Un arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, définit les conditions dans lesquelles les pharmacies à usage intérieur renseignent un système d'information poursuivant la même finalité que celle énoncée au I.

5° À l'avant-dernier alinéa de l'article L. 5312-4-1, après les mots : « au 8° », sont insérés les mots : « et au 10° » ;

6° L'article L. 5423-9 est complété par un 10° ainsi rédigé :

« 10° Le fait, pour tout établissement pharmaceutique de ne pas renseigner le système d'information mentionné à l'article L. 5121-29-1. » ;

7° L'article L. 5424-3 est complété par un 14° ainsi rédigé :

« 14° De ne pas renseigner le système d'information mentionné à l'article L. 5121-29-1. »

La parole est à Mme la rapporteure, pour présenter l'amendement n° 1349.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement quelque peu technique vise à remédier aux ruptures de médicaments.

Le logiciel DP-Ruptures, développé par le Conseil national de l'ordre des pharmaciens (Cnop), est un outil de gestion des pénuries et d'information des professionnels. Il permet aux pharmaciens d'officine de signaler les ruptures d'approvisionnement au laboratoire exploitant concerné. Il permet également aux pharmaciens d'obtenir du laboratoire des informations sur la durée prévisionnelle des difficultés constatées.

Cet amendement vise à consacrer l'existence de DP-Ruptures dans le code de la santé publique, en clarifiant son pilotage et en complétant les missions du Cnop. La collaboration entre les pouvoirs publics et le Cnop prendra la forme d'une convention, qui déterminera notamment les conditions d'accès aux informations et leur exploitation. En cas d'absence de convention, le ministre chargé de la santé pourra fixer par arrêté les modalités de la mise en œuvre du système d'information par un autre responsable.

Cet amendement vise également à instaurer une obligation de renseignement de l'outil par l'ensemble des acteurs de la chaîne du médicament. Ceux-ci devraient, notamment, renseigner DP-Ruptures sur la disponibilité des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur. Cela permettra de garantir une meilleure transparence des disponibilités tout au long de la chaîne. En cas de non-respect, des sanctions financières pourront être prononcées.

Par cet amendement, il est enfin proposé de contraindre les pharmacies à usage intérieur à une obligation de suivi des stocks qui leur sont applicables. Un arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de l'ANSM, définira les conditions de cette obligation.

Ces mesures contribuent à la mise en œuvre de l'une des recommandations de la commission d'enquête sénatoriale sur la pénurie de médicaments, dont le rapport préconise de

rendre obligatoire l'inscription au dispositif DP-Ruptures pour l'ensemble des acteurs de la chaîne du médicament et d'assurer, à brève échéance, son interopérabilité avec les autres systèmes d'information existants.

Il s'agit de savoir où sont les stocks afin d'en garantir une gestion transparente, mes chers collègues.

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour présenter l'amendement n° 1354.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Madame la rapporteure ayant très bien défendu cet amendement, je n'ai rien à ajouter.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 1349 et 1354.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 19.

L'amendement n° 1380, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'article 19

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le quatrième alinéa de l'article L. 5125-23-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° À la première phrase, les mots : « deux ans » sont remplacés par les mots : « un an » ;

2° Après la première occurrence du mot : « similaire », sont insérés les mots : « dont le prix est inférieur » ;

3° Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « La délivrance par substitution au médicament biologique de référence d'un médicament biologique similaire appartenant au même groupe biologique similaire, dans les conditions prévues au présent alinéa, ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie. »

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Le présent amendement vise à encourager la substitution de médicaments biologiques similaires, évoqués précédemment par mon collègue Alain Milon, afin de favoriser leur pénétration en France et de contribuer à la maîtrise des dépenses de l'assurance maladie.

Pour ce faire, il est proposé de ramener de deux ans à un an le délai d'inscription automatique des groupes biologiques similaires sur la liste des groupes substituables.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Sur cet amendement, je m'en remets à la sagesse du Sénat.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1380.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 19.

Je suis saisi de trois amendements identiques.

L'amendement n° 378 rectifié est présenté par MM. Szczurek, Hochart et Durox.

L'amendement n° 430 rectifié *quinquies* est présenté par M. Fouassin, Mme Schillinger, MM. Patient et Buis, Mme Nadille, M. Buval et Mmes Ramia et Malet.

L'amendement n° 1057 rectifié est présenté par M. Chasseing, Mmes Bourcier, Lermytte et L. Darcos, MM. Rochette, Brault, Verzelen, Laménie et Wattebled, Mme Paoli-Gagin, MM. Grand, Capus, Malhuret, L. Vogel, V. Louault, A. Marc et Menonville, Mmes Guidez et Petrus, M. Folliot, Mmes Sollogoub, Perrot, Belrhiti et Dumont et MM. Haye et E. Blanc.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 19

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 5123-8 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 5123-8. – Afin d'éviter le gaspillage des médicaments et lorsque leur forme pharmaceutique le permet, la délivrance de certains médicaments en officine se fait à l'unité. De la même manière, la délivrance de dispositifs médicaux et d'autres petits équipements ne peut excéder les besoins effectifs en termes de soins.

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale établit la liste des médicaments et des dispositifs qui relèvent du présent article. Un décret en Conseil d'État détermine les modalités particulières de conditionnement, d'étiquetage et d'information de l'assuré ainsi que de traçabilité. »

L'amendement n° 378 rectifié n'est pas défendu.

La parole est à M. Frédéric Buval, pour présenter l'amendement n° 430 rectifié *quinquies*.

M. Frédéric Buval. Il est défendu, monsieur le président.

M. le président. La parole est à Mme Laure Darcos, pour présenter l'amendement n° 1057 rectifié.

Mme Laure Darcos. L'on assiste depuis des années, et même depuis des décennies, à un gaspillage de médicaments, du fait notamment des soins à domicile. Nombre de foyers français regorgent de médicaments et autres matériels, comme les kits de pansements non utilisés.

Le format des boîtes de médicaments pour des traitements, les prescriptions médicales et les kits de pansements qui excèdent les normes de 30 % à 70 % sont autant d'éléments qui expliquent cette situation.

À l'heure de la sobriété et de la rationalisation de l'ensemble des dépenses, il est temps de mettre en place des mesures de nature à accompagner la prescription de façon pragmatique.

Tel est l'objet de cet amendement de mon collègue Daniel Chasseing.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Si la délivrance à l'unité est parfois utile, elle ne constitue pas un modèle de dispensation généralisable. Chronophage, elle nuit également à la traçabilité des dispensations. Elle ne constitue pas non plus une solution appropriée face aux ruptures, puisqu'il n'est possible d'y avoir recours ni pour les formes injectables ni pour les formes pédiatriques, qui concentrent pourtant la majorité des risques de ruptures d'approvisionnement.

L'avis est donc défavorable sur ces trois amendements.

Comme je l'ai indiqué devant notre commission au directeur de la Cnam, je suis en revanche favorable à la limitation à sept jours des prescriptions en sortie d'hôpital, en particulier les prescriptions de soins.

Une telle disposition permettrait d'éviter que les usagers se retrouvent avec des stocks de pansements, ma chère collègue Laure Darcos. J'estime que tout le monde aurait à y gagner, à commencer par l'assurance maladie.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Même avis, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 430 rectifié *quinquies* et 1057 rectifié.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. L'amendement n° 751, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, M. Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

Après l'article 19

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 162-17-10 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-17-... ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-17-* – Le Gouvernement communique aux présidents des commissions permanentes du Parlement saisies au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale, avant le 15 septembre de chaque année, pour chacune des spécialités pharmaceutiques qui font l'objet d'un contrat d'achat conclu entre son exploitant ou son fabricant et l'État ou l'agence nationale de santé publique mentionnée à l'article L. 1413-1 du code de la santé publique, y compris lorsque le contrat ne comporte pas de contrepartie financière :

« 1° Les quantités prévues par le contrat ainsi que les modalités de leur ajustement éventuel ;

« 2° Le montant des prix ainsi que les modalités de leurs évolutions tels que stipulés par le contrat ;

« 3° Les modalités de paiement du prix et l'ensemble des stipulations financières.

« Les modalités de publication au *Journal officiel de la République française* des informations relatives au contrat, notamment le prix fabricant hors taxes, sont fixées par voie réglementaire. »

La parole est à Mme Anne Souyris.

Mme Anne Souyris. Depuis la pandémie de covid-19, qui a nécessité de nombreuses dérogations ou adaptations à la législation sanitaire et sociale, certains médicaments mis à disposition en pharmacie de ville ou à l'hôpital font l'objet d'achats centralisés au niveau national, par Santé publique France, puis d'une mise à disposition gratuite aux pharmacies.

Ce régime dérogatoire onéreux continue de s'appliquer pour certains médicaments, alors qu'aucune information sur le prix de ces derniers n'est publiée.

Par cet amendement, il est proposé que les éléments relatifs aux contrats d'achat conclus entre un exploitant ou un fabricant pharmaceutique et l'État, les quantités de médicaments

achetés, le montant des prix, les modalités de paiement du prix et l'ensemble des stipulations financières soient communiqués par le Gouvernement aux présidents des commissions parlementaires compétentes.

Cet amendement vise ainsi à améliorer l'information du Parlement sur les contrats d'achat liant l'État et l'industrie pharmaceutique.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Les commissions des affaires sociales du Parlement peuvent d'ores et déjà demander à se voir attribuer les pouvoirs d'une commission d'enquête, ma chère collègue. Disposant alors de pouvoirs d'enquête et de contrôle étendus, elles peuvent accéder aux informations qu'elles souhaitent.

L'avis est défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 751.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques.

L'amendement n° 764 rectifié *ter* est présenté par Mme Canalès, M. Gillé, Mmes Conconne, Poumirol, Bélim et Bonnefoy, M. Bourgi, Mmes Brossel et Carlotti, M. Chantrel, Mme Conway-Mouret, MM. Cozic, Fagnen et Kerrouche, Mme Linkenheld et MM. Michau, Pla, Redon-Sarrazy, Ros, Stanzione, Temal, Tissot, Uzenat, M. Weber et Ziane.

L'amendement n° 1216 rectifié *bis* est présenté par MM. Mandelli, Tabarot, Perrin, Rietmann et Karoutchi, Mme Micouleau, MM. Panunzi et D. Laurent, Mmes Malet et Petrus, M. Anglars, Mme Josende, MM. Lefèvre et de Nicolaÿ, Mmes Lassarade et Gosselin, M. Brisson, Mme Goy-Chavent, MM. Chaize, J.B. Blanc, Bruyen et Naturel, Mme Belrhiti, MM. Bazin et Sautarel, Mme Dumont, M. Houpert, Mme M. Mercier, MM. Bouchet et Bacci, Mmes Demas et Estrosi Sassone, M. Cuypers, Mmes Bellamy, Joseph, Evren et Hybert et MM. Gremillet et E. Blanc.

L'amendement n° 1224 rectifié *ter* est présenté par MM. Mérillou et Montaugé.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 19

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au troisième alinéa du I de l'article L. 165-2 du code de la sécurité sociale, la première occurrence du mot : « et » est remplacée par le signe : « , » et, à la fin, sont ajoutés les mots : « et de l'impact écologique du produit ou de la prestation ».

La parole est à Mme Marion Canalès, pour présenter l'amendement n° 764 rectifié *ter*.

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 vise à favoriser l'utilisation de dispositifs médicaux dont l'impact environnemental est susceptible de favoriser la transition écologique de notre modèle de santé et de réduire la pression sur les ressources limitées.

Sous réserve qu'elle soit encadrée, la remise en bon état d'usage des dispositifs médicaux à usage individuel comporte de nombreux avantages. Elle permet de limiter l'empreinte écologique de la santé en évitant la production de dispositifs neufs et de proposer des produits de santé à des tarifs plus et accessibles, gage d'économies pour la sécurité sociale.

Une telle disposition pourrait générer jusqu'à 5 millions d'euros d'économies pour la sécurité sociale dès 2025.

Pour autant, la mise sur le marché des dispositifs en question n'aura pas l'impact écologique et économique espéré si leur utilisation n'est pas encouragée par un prix d'achat moins élevé que celui des dispositifs neufs, car, à prix équivalents, les patients ont tendance à choisir un dispositif neuf plutôt que recyclé.

Il importe donc que le CEPS détermine le prix des dispositifs médicaux en tenant compte de leur impact environnemental, afin d'en limiter le reste à charge pour les patients lorsque cet impact est moindre.

M. le président. La parole est à M. Roger Karoutchi, pour présenter l'amendement n° 1216 rectifié *bis*.

M. Roger Karoutchi. Il est défendu, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 1224 rectifié *ter* n'est pas soutenu.

Quel est l'avis de la commission sur ces deux amendements identiques ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Des progrès substantiels restent indéniablement à faire pour améliorer l'impact écologique des dispositifs médicaux. La commission soutient par exemple le déploiement de la remise en bon état d'usage.

J'estime toutefois qu'agir sur le tarif de responsabilité des dispositifs médicaux n'est pas la bonne solution. L'assurance maladie ayant avant tout pour objectif de solvabiliser les dépenses de santé les plus utiles pour les patients, il paraît en effet préférable que la base de remboursement par l'assurance maladie ne soit déterminée que par des facteurs d'ordre médical, à commencer par l'amélioration du service attendu, ou par des facteurs liés à la régulation économique. J'estime qu'il ne serait pas compréhensible qu'entre deux dispositifs médicaux similaires, le plus pertinent médicalement soit pris en charge sur une base plus faible que le plus vertueux sur le plan environnemental.

Je demande donc le retrait de ces deux amendements identiques ; à défaut, l'avis serait défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Je partage votre analyse quant à la remise en état des dispositifs médicaux, sur laquelle vous insistez dans votre exposé des motifs, madame Canalès. J'ai du reste demandé à mes services de s'engager résolument dans la mise en œuvre d'une réforme en ce sens.

Des travaux préparatoires ont été menés depuis quelque temps maintenant, notamment avec l'Agence française de normalisation (Afnor) et les acteurs industriels. L'entrée en vigueur des dispositions élaborées suppose que plusieurs textes soient pris, notamment un décret en Conseil d'État après avis de la Cnil et des arrêtés.

Le CEPS pourra ensuite fixer une tarification adaptée, celle-ci devant naturellement tenir compte de la bonne remise en état d'usage des dispositifs concernés.

Je demande donc le retrait de ces amendements, compte tenu de ces travaux en cours ; à défaut, j'y serais défavorable.

M. le président. La parole est à M. Simon Uzenat, pour explication de vote.

M. Simon Uzenat. Madame la ministre, si vous avez esquissé un chemin vers une prise en charge par l'assurance maladie des dispositifs médicaux remis en état d'usage, qui pourrait notamment concerner les fauteuils roulants ou les lits, je souhaite vous interpeller au sujet du réseau coopératif Envie Autonomie. Ce réseau, très implanté en Bretagne, lutte contre l'exclusion de celles et ceux qui n'ont pas les moyens de s'acheter des matériels et des dispositifs médicaux neufs pour faire face à leur perte d'autonomie, agit en faveur du réemploi et, partant, de la préservation des ressources, et contribue à l'insertion de personnes éloignées de l'emploi, dans une démarche inclusive.

Ce réseau attend la prise en charge des dispositifs visés par l'assurance maladie, disposition qui figure pourtant dans la loi du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020, mais dont les décrets d'application n'ont pas encore été pris.

Si vous n'êtes pas personnellement responsable de cette situation, madame la ministre, permettez-moi de rappeler qu'en réponse à une question orale de décembre 2022 puis à une question écrite de mai 2023, vos prédécesseurs ont respectivement assuré le Parlement que la publication de ces décrets interviendrait au deuxième trimestre de 2023 puis au premier semestre de 2024, en invoquant à chaque fois les mêmes arguments.

J'espère donc vivement que le nécessaire sera fait dans les toutes prochaines semaines, car si l'État n'est pas au rendez-vous, le réseau Envie Autonomie pourrait fermer ses portes. Je me permets donc de vous appeler à l'aide, madame la ministre, en comptant sur votre réactivité.

M. le président. La parole est à Mme Marion Canalès, pour explication de vote.

Mme Marion Canalès. Il est bien entendu que les dispositifs médicaux visés dans l'objet de l'amendement n° 764 rectifié *ter* doivent être de même efficacité que des dispositifs neufs, madame la rapporteure.

Je souhaite à mon tour vous interpeller, madame la ministre, sur l'expérimentation prévue à l'article 29 de la loi du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, dont le décret d'application n'a, lui non plus, pas encore été pris. Les CHU attendent ce décret afin de déposer leur candidature et d'expérimenter le protocole visé, dont nous pourrions ensuite évaluer l'opportunité de la généralisation.

M. le président. La parole est à Mme la ministre.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Comme je l'ai indiqué, je suis sensible au réemploi des dispositifs médicaux, sujet auquel j'ai du reste travaillé dans le cadre de précédentes fonctions – j'ai d'ailleurs visité, en Gironde, les locaux d'une formidable association œuvrant à la remise en état de tels dispositifs.

Il nous faut effectivement trouver un chemin pour mettre en œuvre la prise en charge de ces dispositifs, qui serait positive pour les usagers concernés comme pour l'environnement. Je m'engage donc à y travailler afin que nous n'attentions pas cinq ans supplémentaires.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 764 rectifié *ter* et 1216 rectifié *bis*.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. L'amendement n° 31 rectifié, présenté par M. Milon, Mme Petrus, MM. Somon, Sol et Khalifé, Mmes Aeschlimann et Malet, M. J.B. Blanc et Mmes Lassarade, M. Mercier, Jacques et Micouleau, est ainsi libellé :

Après l'article 19

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le deuxième alinéa de l'article L. 162-17 du code de sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le montant de la prise en charge des médicaments inscrits sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas et à l'article L. 5123-2 du code de santé publique prend en compte l'économie résultant de l'impact du médicament sur l'organisation des soins par rapport au médicament de référence. »

La parole est à M. Alain Milon.

M. Alain Milon. Cet amendement vise à aligner les prix des différentes formes d'une même molécule en valorisant celles qui emportent un impact positif sur les finances de la sécurité sociale et, *in fine*, une baisse de l'impact du médicament sur le système de soins dans son ensemble.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Je n'ose plus donner mon avis... *(Sourires.)*

J'estime que, davantage que le niveau de prise en charge, c'est le prix de ces médicaments qui est visé par cet amendement, de sorte que ce prix tienne compte de l'aspect et de l'impact organisationnel du médicament.

Or le prix des médicaments rémunère principalement l'amélioration du service médical rendu, c'est-à-dire le progrès thérapeutique permis, tel qu'il est évalué par la HAS.

Ajouter un nouveau critère tenant à l'effet organisationnel du médicament ne me paraît pas souhaitable, d'autant que celui-ci serait particulièrement délicat à évaluer. Un tel critère relèverait également, me semble-t-il, de la galénique des médicaments.

Je demande donc le retrait de cet amendement, mon cher collègue ; à défaut, l'avis serait défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 31 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 750, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, M. Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

Après l'article 19

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le premier alinéa de l'article L. 162-17-4-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les entreprises transmettent annuellement au comité économique des produits de santé le montant de l'ensemble des financements publics, directs ou indirects, et des exonérations fiscales dont elles ont bénéficié sur le territoire français. Ce montant est rendu public. »

La parole est à Mme Anne Souyris.

Mme Anne Souyris. Cet amendement vise à obliger les entreprises à transmettre annuellement au CEPS, pour qu'il soit rendu public, le montant de l'ensemble des financements publics, directs ou indirects, et des exonérations fiscales dont elles ont bénéficié sur le territoire français. Encore une fois, ces informations sont essentielles pour reprendre le contrôle sur nos produits de santé.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Ces informations n'ont pas d'effet sur la fixation du prix des médicaments. En conséquence, il paraît excessif de demander à toutes les entreprises de les transmettre annuellement au CEPS.

Avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 750.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 20

- ① L'article L. 165-1-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° La première phrase du premier alinéa est ainsi modifiée :
- ③ a) Les mots : « affections chroniques, » sont supprimés ;
- ④ b) Les mots : « prestataires mentionnés à l'article L. 5232-3 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « distributeurs au détail » ;
- ⑤ c) Sont ajoutés les mots : « et à l'évaluation de sa pertinence » ;
- ⑥ 2° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :
- ⑦ « Ces données peuvent, avec l'accord du patient, être télétransmises au médecin prescripteur, au distributeur en détail et au service du contrôle médical mentionné à l'article L. 315-1. Au regard de ces données et de façon régulière, le prescripteur réévalue la pertinence et l'efficacité de sa prescription et le distributeur, en lien avec le prescripteur, déploie des actions ayant pour objet de favoriser une bonne utilisation du dispositif médical. Lorsque la prise en charge ou la modulation de la prise en charge est subordonnée au respect des conditions d'utilisation prévues par l'arrêté mentionné à l'article L. 165-1, le distributeur au détail transmet, avec l'accord du patient, à l'assurance maladie ou, le cas échéant, à un tiers de confiance habilité à cette fin, dans des conditions fixées par un décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, les données permettant d'en attester. Le défaut de transmission des données du fait du distributeur au détail est inopposable au patient. »
- ⑧ 3° À la fin de la troisième phrase de l'avant-dernier alinéa, le mot : « prestataires » est remplacé par les mots : « distributeurs au détail » ;

⑨ 4° Avant le dernier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

⑩ « Lorsque le distributeur au détail recueille l'accord du patient pour la transmission de ses données d'utilisation, il l'informe que les données transmises au prescripteur peuvent conduire ce dernier, si la prescription n'est pas pertinente au regard notamment de la faible utilisation du dispositif, à ne pas renouveler sa prescription. »

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 991 est présenté par Mmes Brulin, Apourceau-Poly, Silvani et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky.

L'amendement n° 1121 est présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, M. Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Céline Brulin, pour présenter l'amendement n° 991.

Mme Céline Brulin. Cet amendement vise à supprimer l'article 20. J'indique que je présenterai, au même article, un amendement de repli n° 1019 visant à supprimer les alinéas portant sur le contrôle des remboursements de dispositifs médicaux par la transmission des données de santé. En effet, à nos yeux, cette mesure remet en cause le secret médical, elle est très intrusive quant à l'utilisation des dispositifs médicaux par les patients. Elle se traduirait par des déremboursements de produits selon l'utilisation que ces derniers en font.

C'est d'autant plus inquiétant que, selon les documents budgétaires, « les services de l'assurance maladie ou un tiers de confiance désigné valideront la bonne adéquation de la prescription ». Pourquoi reviendrait-il à l'assurance maladie de décider si la prescription d'un dispositif doit être renouvelée ou pas ? Il nous semble que c'est l'avis du prescripteur, et de lui seul, qui doit valoir dans ce cas.

M. le président. La parole est à Mme Anne Souyris, pour présenter l'amendement n° 1121.

Mme Anne Souyris. Dès la première année des études de médecine, chaque étudiant apprend la fin du paradigme du paternalisme médical, les principes de la relation de confiance entre patient et soignant prescripteur, son impact sur l'utilisation du produit de santé – soit ce qu'on appelle « l'observance » – et ses résultats sur la guérison du patient.

Madame la ministre, dans cet article, vous opérez un retour en arrière. Désormais, la prise en charge d'un dispositif médical numérique sera soumise à une justification de son usage par le patient.

Cette logique d'infantilisation des patients nuit à la nécessaire relation de confiance entre le patient et son médecin. Ce dernier sera dans l'obligation de rapporter une utilisation considérée comme non pertinente à la sécurité sociale et d'arrêter la prescription du dispositif concerné.

La transmission de ces données à un certain nombre d'acteurs, y compris aux fournisseurs de dispositifs médicaux, pose de nombreuses questions quant à la protection numérique du patient et au secret médical.

Cette surveillance conjointe des patients et des médecins, dans la prescription, doit être remplacée par un meilleur accompagnement des praticiens et une meilleure appropriation des dispositifs par les patients, selon l'utilisation qu'ils en font et les besoins qui sont les leurs. Aucun calcul budgétaire ne doit justifier des mesures paternalistes et punitives telles que celles qui sont promues dans cet article.

Nous appelons donc à sa suppression.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Tout d'abord, la mesure ne concernera pas tous les dispositifs médicaux numériques, mais visera principalement le traitement de l'apnée du sommeil.

Ensuite, elle bénéficiera à l'assurance maladie, qui n'aura plus à prendre en charge des dispositifs médicaux numériques dont le service rendu est limité, voire nul, à cause d'une sous-observance. Il n'y a aucun intérêt à ce que l'assurance maladie prenne en charge des dispositifs médicaux numériques qui sont peu ou pas utilisés.

Enfin, grâce au suivi opéré par le prescripteur, les patients concernés pourront bénéficier d'une amélioration de leur prise en charge en basculant sur un traitement de seconde intention mieux adapté à leur situation.

Il est donc important de conserver l'article 20. Par conséquent, l'avis est défavorable sur ces deux amendements de suppression.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Même avis que Mme la rapporteure, dont je salue l'excellente démonstration.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 991 et 1121.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de six amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 174 rectifié, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéas 6 et 7

Remplacer ces alinéas par quatre alinéas ainsi rédigés :

...° Le deuxième alinéa est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« Ces données peuvent, avec l'accord du patient, être télétransmises au médecin prescripteur, au distributeur au détail et au service du contrôle médical mentionné à l'article L. 315-1. Au regard de ces données, le prescripteur réévalue de façon régulière la pertinence et l'efficacité de sa prescription et le distributeur, en lien avec le prescripteur, engagé des actions ayant pour objet de favoriser une bonne utilisation du dispositif médical.

« La prise en charge ou la modulation de la prise en charge peut être subordonnée au respect des conditions d'utilisation prévues par l'arrêté d'inscription à la liste mentionnée à l'article L. 165-1. Dans ce cas, la commission spécialisée de la Haute Autorité de santé mentionnée au même article L. 165-1 se prononce dans son avis sur les modalités selon lesquelles sont prises en compte les données collectées.

« Pour l'application de l'alinéa précédent, le distributeur au détail transmet à l'assurance maladie, avec l'accord du patient, les données permettant d'attester du respect des conditions d'utilisation, dans des conditions fixées par un décret en Conseil d'État pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Le non-respect des conditions d'utilisation ne peut entraîner la suspension de la prise en charge que s'il se prolonge au-delà d'une durée déterminée par décret. Le distributeur au détail et le prescripteur sont informés sans délai de la suspension de la prise en charge. En cas de refus opposé par le patient à la transmission de ces données, le dispositif médical ne peut faire l'objet d'une prise en charge ou d'un remboursement. Le défaut de transmission des données du fait du distributeur au détail est inopposable au patient. » ;

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement vise tout d'abord à ce que la Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMST) se prononce, dans son avis, sur les modalités selon lesquelles peuvent être utilisées les données collectées.

Ensuite, il vise à encadrer le dispositif afin d'éviter qu'une sous-observance sur une période courte, par exemple lors de vacances, ne puisse entraîner une suspension de prise en charge par l'assurance maladie. Un patient qui utilise moins son dispositif médical numérique parce qu'il doit s'absenter ne doit pas être pénalisé pour cette raison.

De plus, il est important que le prescripteur et le distributeur au détail soient informés sans délai de la suspension de la prise en charge du dispositif médical numérique par l'assurance maladie, afin de pouvoir réévaluer au plus vite la stratégie thérapeutique à mettre en œuvre au bénéfice du patient.

Enfin, l'amendement vise à préciser que lorsque la prise en charge, ou sa modulation, est conditionnée à l'utilisation effective d'un dispositif médical numérique, le refus opposé par le patient de transmettre ses données d'utilisation y fait obstacle.

M. le président. L'amendement n° 1316 rectifié *ter*, présenté par M. Chaize, Mmes Puissat, Jacques et Lavarde, MM. Daubresse, Anglars et Mandelli, Mmes Gosselin et Lassarade, MM. Bouchet, Brisson, Panunzi, Khalifé, J.B. Blanc, Karoutchi, Bruyen, Sautarel, Genet et C. Vial, Mme Dumont, MM. Belin, Somon, Sido, Chatillon et Lefèvre, Mme Micouleau, M. Tabarot, Mmes Belrhiti et Joseph et MM. E. Blanc et Gremillet, est ainsi libellé :

Alinéa 7

I. - Première phrase

Supprimer les mots :

au distributeur en détail et

II. - Deuxième phrase

Supprimer les mots :

le distributeur en lien avec le prescripteur

III. - Troisième phrase

Supprimer les mots :

le distributeur au détail transmet

La parole est à Mme Frédérique Puissat.

Mme Frédérique Puissat. Il est défendu, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 797, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, M. Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

Alinéa 7, deuxième phrase

Remplacer cette phrase par deux phrases ainsi rédigées :

« Au regard de ces données et de façon régulière, le prescripteur réévalue la pertinence et l'efficacité de sa prescription et peut orienter le patient vers une offre d'éducation thérapeutique adaptée au sens de l'article L. 1161-1 du code de la santé publique. Le distributeur déploie des actions d'informations et de sensibilisation sur l'ensemble du territoire ayant pour objet de favoriser une bonne et meilleure utilisation du dispositif médical.

II. Alinéa 10

Après les mots :

de la faible utilisation du dispositif,

insérer les mots :

et après propositions et orientation vers une offre d'éducation thérapeutique,

La parole est à Mme Anne Souyris.

Mme Anne Souyris. Plutôt que de surveiller les patients qui se voient prescrire des dispositifs médicaux, nous proposons par cet amendement une orientation intermédiaire, tournée vers l'éducation thérapeutique, et dont la charge reviendrait prioritairement aux professionnels de santé. Le prescripteur devra réévaluer la pertinence et l'efficacité de sa prescription, et pourra orienter le patient vers une offre d'éducation thérapeutique.

Il s'agit de renforcer la capacité d'agir des personnes malades plutôt que d'aller trop précocement vers un abandon du dispositif médical pour celles – ce sont souvent les plus précaires – qui ont une faible littératie en santé, de sorte qu'elles rencontreraient quelques difficultés pour adhérer au dispositif qui leur est prescrit.

Madame la rapporteure, vous avez dit que la mesure visait surtout le traitement de l'apnée du sommeil. Or il me semble surdimensionné de faire un article qui porterait exclusivement sur ce traitement !

M. le président. L'amendement n° 496 rectifié, présenté par Mme Bourcier, M. Chasseing, Mme Lermytte, MM. Capus et Rochette, Mme L. Darcos, M. Brault, Mme Paoli-Gagin et MM. Grand, Gremillet et Omar Oili, est ainsi libellé :

Alinéa 7, après la deuxième phrase

Insérer une phrase ainsi rédigée :

Ces données peuvent également être utilisées à des fins d'études, auquel cas elles sont anonymisées.

La parole est à Mme Laure Darcos.

Mme Laure Darcos. Je défends cet amendement au nom de Corinne Bourcier.

Les personnes souffrant de déficiences auditives peuvent être affectées à différents degrés de handicap, allant d'une surdité légère, qui entraîne une gêne lors de la participation aux conversations, à une surdité profonde, qui empêche complètement la personne d'entendre la parole. Il n'existe aucune étude épidémiologique récente permettant de déterminer le nombre de personnes atteintes des différentes formes de surdité.

Dans la prise en charge des surdités, le non-usage d'un dispositif médical, notamment numérique, comme une prothèse auditive, peut révéler un besoin mal identifié, un degré de surdité mal diagnostiqué, ou l'utilisation d'un appareil inadapté ou mal réglé.

En attendant que les pouvoirs publics produisent des données épidémiologiques précises, cet amendement vise à inclure dans le nouveau dispositif de contrôle et de surveillance des dispositifs médicaux numériques la possibilité d'utiliser ces données anonymisées pour des études, notamment épidémiologiques, afin d'améliorer l'efficacité des politiques de santé et la qualité des soins.

M. le président. Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 1019 est présenté par Mmes Brulin, Apourceau-Poly, Silvani et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky.

L'amendement n° 1143 est présenté par Mme Poumirol.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 7, deux dernières phrases

Supprimer ces phrases.

L'amendement n° 1019 a déjà été défendu.

La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour présenter l'amendement n° 1143.

Mme Émilienne Poumirol. L'article 20 prévoit de conditionner la prise en charge d'un dispositif médical à la justification de son usage. Nous demandons la suppression des deux dernières phrases de l'alinéa 7, car nous préférons proposer un accompagnement.

En effet, je rappelle qu'il existe un système d'entente préalable de prise en charge, renouvelée chaque année en fonction de l'utilisation et de l'efficacité des dispositifs, en particulier dans le traitement de l'apnée du sommeil.

Si nous souscrivons à l'objectif de mieux accompagner les prescripteurs et de lutter contre le gaspillage, la méthode qui est proposée pour le faire ne nous paraît pas intéressante.

Dans notre pays, on le sait, environ 30 % des soins prescrits sont reconnus comme inutiles. Il est donc important de repenser notre système de prescription pour lutter contre la surprescription, le mésusage et la non-observance des traitements, en prenant en compte les patients et les prescripteurs, plutôt que de faire courir un risque aux personnes malades, en particulier aux patients les plus vulnérables, en ne les accompagnant pas.

Je rappelle aussi que la Cour des comptes a suggéré le déploiement de modèles d'ordonnance et recommande, dans le cas de prescriptions en établissement de santé, des visites d'accompagnement ou la mobilisation du contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins (Caques). Elle recommande également une augmentation des moyens du CEPS pour réviser les nomenclatures des

dispositifs médicaux, qui sont souvent obsolètes et source de dépenses inappropriées. Ce serait un bon moyen de diminuer les dépenses.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Avis défavorable sur l'ensemble de ces amendements, qui sont incompatibles avec celui de la commission.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Je m'en remets à la sagesse du Sénat sur l'amendement de la commission n° 174 rectifié. En effet, je reste réservée sur votre proposition, lorsque la prise en charge ou sa modulation est conditionnée à l'utilisation effective d'un dispositif médical numérique, de suspendre immédiatement celle-ci si le patient refuse de transmettre ses données d'utilisation.

Avis défavorable sur les autres amendements en discussion commune.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 174 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, les amendements n°s 1316 rectifié *ter*, 797 et 496 rectifié, ainsi que les amendements identiques n°s 1019 et 1143, n'ont plus d'objet.

L'amendement n° 175, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 8

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° La dernière phrase de l'avant-dernier alinéa est supprimée ;

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement vise à conférer au dispositif de l'article 20 tout 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.

L'article 20 prévoit en effet de subordonner, dans certains cas, la prise en charge par l'assurance maladie à une utilisation effective du dispositif, ce qui suppose d'augmenter à 100 % le taux de participation de l'assuré.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Madame la rapporteure, vous souhaitez rétablir la possibilité d'augmenter le taux de participation de l'assuré s'il n'utilise pas assez le dispositif médical.

La mesure visant à proscrire la variation de ce taux a comme finalité précise la modulation de la prise en charge en fonction des données d'utilisation. Il s'agit non pas simplement de réguler un secteur dynamique, mais d'améliorer la pertinence de la prise en charge en outillant au mieux le prescripteur, grâce aux données que les nouvelles technologies permettent de collecter. Tel est l'objectif que nous nous sommes fixé.

Retrait ou avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 175.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 1128, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, M. Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

– Le 4° du présent article ne s'applique pas aux patients en situation de handicap ou bénéficiant des prestations mentionnées à l'article L. 861-1, L. 251-1 et L. 160-1 ou concernés par le 3° de l'article L. 322-3, sauf en cas de contre-indications médicales formulées par la Haute Autorité de santé.

La parole est à Mme Anne Souyris.

Mme Anne Souyris. Le présent amendement vise à exclure du conditionnement de la prise en charge, prévu à l'article 20, les personnes atteintes d'une ALD, qui sont en situation de handicap ou qui bénéficient de l'AME, de la complémentaire santé solidaire ou de la protection universelle maladie.

Les dispositifs médicaux sont souvent utilisés par des personnes atteintes de maladies chroniques ou aux pathologies lourdes. Menacer de dérembourser ces produits selon l'utilisation qu'en font les patients pourrait, de fait, pénaliser celles et ceux qui, pour des raisons liées à des facteurs d'isolement, de compréhension de la langue ou d'éducation numérique auraient des difficultés pour faire remonter les données.

Il n'est pas tolérable que les publics les plus vulnérables soient les premières victimes d'une mesure aussi paternaliste et culpabilisante, alors qu'ils pâtissent déjà d'un sous-investissement chronique de l'État dans notre système de soins.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Chère collègue, la commission envisage cette mesure autrement. Il lui apparaît opportun que les publics fragiles, notamment les personnes en affection de longue durée ou en situation de handicap, puissent faire l'objet d'un suivi renforcé. L'intérêt de ce que nous proposons est de garantir une bonne observance du dispositif médical numérique. Il serait risqué de ne pas bien accompagner ces patients dans l'amélioration de leur état de santé.

Mme Anne Souyris. Mais vous les pénalisez !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. C'est une autre interprétation.

Avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1128.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 20, modifié.

(L'article 20 est adopté.)

Après l'article 20

M. le président. L'amendement n° 1194, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Après l'article 20

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I - L'article L. 5212-1-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « différents de ceux les ayant initialement utilisés » sont remplacés par les mots : « en faisant l'acquisition, différents de ceux qui en étaient précédemment propriétaires » ;

2° Au quatrième alinéa, les mots : « procédure d'homologation » sont remplacés par les mots : « procédure de certification ».

II – Au troisième alinéa de l'article L. 165-1-8 du code de la sécurité sociale, les mots : « centres homologués » sont remplacés par les mots : « centres certifiés ».

La parole est à Mme la ministre.

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Cet amendement vise à clarifier le périmètre de la remise en bon état d'usage (RBEU) de certains dispositifs médicaux, en excluant les dispositifs médicaux en location et en précisant le processus de certification attendu.

Ces modifications rendront opérationnelle cette remise en bon état d'usage, contribuant ainsi à l'économie circulaire – nous avons évoqué le sujet précédemment – et générant des économies pour l'assurance maladie.

Plus précisément, aux termes de l'article 39 de la LFSS pour 2020, le financement de la remise en bon état d'usage s'applique à chaque changement de patient, de sorte qu'il intègre aussi bien les dispositifs médicaux achetés que ceux qui sont en location. Or, dans le cadre d'une location, les dispositifs médicaux pouvaient, en réalité, déjà faire l'objet d'opérations de maintenance en vue d'une utilisation par un autre usager sans qu'il soit nécessaire de mobiliser le dispositif de RBEU.

À titre d'exemple, la location des fauteuils roulants représente un montant total de 140 millions d'euros de dépenses remboursées.

Concernant la modification rédactionnelle que nous proposons, le Comité français d'accréditation (Cofrac) est la seule instance habilitée en France à délivrer des accréditations aux organismes d'évaluation de la conformité. Il s'agit alors bien de procédures de certification et non pas d'homologation, comme l'indique la loi à ce jour. Le terme « homologation » n'ayant pas de portée normative, il doit être modifié.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Avis favorable sur cet amendement de nature technique.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1194.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 20.

L'amendement n° 425 rectifié, présenté par M. Milon, Mme Aeschlimann, M. Khalifé, Mmes Micouleau et Lassarade, M. Sol, Mme M. Mercier, M. Somon, Mme Jacques, M. J.B. Blanc et Mmes Petrus et Malet, est ainsi libellé :

Après l'article 20

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le 6° de l'article L. 162-54 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« ... De l'apport à la qualité de vie du patient atteint d'une pathologie chronique »

La parole est à M. Alain Milon.

M. Alain Milon. Cet amendement vise à intégrer dans les critères de modulation de la base forfaitaire de l'activité de télésurveillance médicale l'apport à la qualité de vie du patient, plus spécifiquement quand celui-ci est atteint d'une maladie chronique.

En effet, la multiplication des dispositifs médicaux numériques incite à en différencier les apports pour les patients et à revaloriser ceux qui font plus largement évoluer le confort de vie lors d'une affection de longue durée, qui, par définition, affecte durablement la vie quotidienne du patient.

Près de onze millions de patients sont visés par le dispositif de prise en charge dans le cadre d'une ALD, même si vingt millions de personnes, selon l'assurance maladie, ont recours à des soins liés à une pathologie chronique.

Dans le cas du diabète, les dispositifs médicaux numériques de télésurveillance participent pleinement au suivi et au contrôle de sa maladie par le patient. Pour ce dernier, il s'agit par exemple de s'alléger du suivi régulier de la glycémie.

Ainsi, au travers du présent amendement, nous entendons revaloriser l'impact des dispositifs médicaux numériques sur la vie quotidienne des patients. C'est pourquoi nous proposons que la détermination de leur niveau de remboursement prenne en compte l'apport à la qualité de vie de ces derniers.

Puisque cette proposition ne vise qu'à faire évoluer la pondération des critères de modulation de la base forfaitaire, elle n'entraîne pas de charge supplémentaire pour la sécurité sociale.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement est satisfait (*M. Alain Milon le conteste.*) – je vous le promets, mon cher collègue !

J'en demande donc le retrait ; à défaut, l'avis sera défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. En effet, cet amendement est satisfait, puisqu'il est prévu réglementairement que la qualité de vie des patients soit intégrée par la HAS dans l'évaluation de l'intérêt de santé publique d'un dispositif médical numérique, quel que soit le type de pathologie.

De plus, la qualité de vie est prise en compte dans les niveaux tarifaires des forfaits actuels parmi d'autres critères, dont la morbidité ou la mortalité.

Demande de retrait ou avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 425 rectifié.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 1132 rectifié *bis*, présenté par Mme Bourcier, MM. Malhuret et Chasseing, Mme Lermytte, MM. Capus, Grand et Brault, Mme L. Darcos et MM. L. Vogel, Rochette et Omar Oili, est ainsi libellé :

Après l'article 20

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le 4° du III de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 5° Les dispositifs médicaux mentionnés aux articles L. 5211-1 à L. 5211-6 du code de la santé publique. »

II. – Un décret détermine les modalités de mise en œuvre du I conformément aux dispositions applicables aux autres prestations et produits de santé mentionnées à l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

III. – Le Gouvernement remet, avant le 1^{er} septembre 2026, un rapport au Parlement sur l'évaluation de cette extension de la franchise annuelle aux dispositifs médicaux.

La parole est à Mme Laure Darcos.

Mme Laure Darcos. Les dispositifs médicaux sont les seuls biens de santé non soumis à une franchise. En effet, les médicaments, les transports sanitaires et les actes médicaux, paramédicaux ou médico-techniques sont tous soumis à ce mécanisme de participation de l'assuré.

Cette exception n'est aujourd'hui justifiée ni par des arguments visant l'accès aux soins ni par des spécificités propres aux dispositifs médicaux, comme le démontre le rapport précédemment cité.

En conséquence, cet amendement a pour objet de créer une franchise sur les dispositifs médicaux, dont le montant sera défini par décret dans la limite d'un plafond annuel. Cette mesure permet de réaliser une économie annuelle de 250 millions à 380 millions d'euros pour les comptes sociaux.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Le cadre des franchises et participations forfaitaires a été modifié cette année par un doublement des montants associés. Le Sénat s'était alors ému, avec raison, du défaut d'étude d'impact sur ce sujet de nature réglementaire, malgré les conséquences sérieuses qu'une telle modification emportait sur l'accessibilité financière aux soins.

Avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Geneviève Darrieussecq, ministre. Avis de sagesse, quand bien même je pourrais souscrire à l'avis de la commission.

Mesdames, messieurs les sénateurs, alors que je m'appête à laisser la place, au banc des ministres, à mon collègue Paul Christophe, je tiens à vous remercier tous pour la qualité de nos débats, qui ont été nourris et qui continueront de l'être – je le souhaite.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1132 rectifié *bis*.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 1375, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Après l'article 20

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 3° de l'article L. 223-8 est ainsi modifié :

a) Le a et le b sont ainsi rédigés :

« a) Du coût de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles, et le coût des mesures contribuant à l'attractivité, à la dignité et à l'amélioration des salaires des métiers des professionnels des services d'accompagnement et d'aide à domicile mentionnés au 6° de l'article L. 312-1 du même code ;

« b) Du coût de la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1 du même code, dont le coût des mesures contribuant à l'attractivité, à la dignité et à l'amélioration des salaires des métiers des professionnels des services d'accompagnement et d'aide à domicile mentionnés au 7° de l'article L. 312-1 du même code ; »

b) Le e est abrogé ;

c) La mention : « f) » est remplacée par la mention : « e) » ;

2° L'article L. 223-9 est abrogé ;

3° L'article L. 223-11 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 223-11.* – Le concours destiné à couvrir une partie des dépenses mentionnées au a) du 3° de l'article L. 223-8 est fixé pour chaque département en prenant en compte :

« 1° Les dépenses réalisées par chaque département mentionné au a) du 3° du L. 223-8 en 2025, telles que constatées par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie,

« 2° Le taux de couverture pour l'année 2024. Ce taux de couverture correspond au rapport entre :

« a) La somme des montants des concours suivants perçus au titre de l'année 2024 :

« – Le concours relatif aux dépenses mentionnées au a) du 3° de l'article L. 223-8 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de l'ordonnance n° 2021-1554 du 1^{er} décembre 2021 relative à la mise en œuvre de la création de la cinquième branche du régime général de la sécurité sociale relative à l'autonomie ;

« – Le concours versé au titre de l'article 47 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, pour la part afférente à la prise en charge des personnes âgées ;

« – Le concours relatif aux dépenses mentionnées au e) du 3° de l'article L. 223-8 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de l'ordonnance n° 2021-1554 du 1^{er} décembre 2021 relative à la mise en œuvre de la création de la cinquième branche du régime général de la sécurité sociale relative à l'autonomie, pour la part afférente à la prise en charge des personnes âgées ;

« – Le complément de financement versé au département au titre de l'article 86 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

« b) le montant des dépenses réalisées par les départements en 2024, telles que constatées par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie comprenant l'application du tarif minimal horaire prévu au I de l'article L. 314-2-1 du code de l'action sociale et des familles pour la part afférente à la prise en charge des

personnes âgées ainsi qu'au titre de l'application de l'article 47 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, pour la part afférente à la prise en charge des personnes âgées.

« Par dérogation, pour les départements participant à l'expérimentation prévue par l'article 79 de la LFSS pour 2024 modifiée, les modalités de calcul du taux de couverture sont fixées par voie réglementaire, en tenant compte des effets de la réforme du régime adapté de financement des établissements mentionnés aux I, II et IV *bis* de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles. Le taux de couverture est calculé en projetant les effets qu'aurait eus cette réforme si elle avait été appliquée en 2024.

« 3° Le cas échéant, un coefficient géographique s'applique au taux mentionné au 2° du présent article afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques. Les modalités de calcul et d'application de ce coefficient sont précisées par voie réglementaire.

« Les modalités d'application du présent article, et notamment de versement du concours, sont fixées par voie réglementaire. » ;

4° L'article L. 223-12 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 223-12.* – Le concours mentionné au b) du 3° de l'article L. 223-8 est fixé pour chaque département en prenant en compte :

« 1° Les dépenses réalisées par chaque département au titre des dépenses mentionnées au b) du 3° du L. 223-8 pour l'année en 2025, telles que constatées par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

« 2° Le taux de couverture pour l'année 2024. Ce taux de couverture correspond au rapport entre :

« a) la somme des montants des concours suivants perçus au titre de l'année 2024 :

« – Le concours relatif aux dépenses mentionnées au b) du 3° de l'article L. 223-8 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de l'ordonnance n° 2021-1554 du 1^{er} décembre 2021 relative à la mise en œuvre de la création de la cinquième branche du régime général de la sécurité sociale relative à l'autonomie

« – Le concours versé au titre de l'article 47 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, pour la part afférente à la prise en charge des personnes handicapées,

« – Le concours relatif aux dépenses mentionnées au e) du 3° de l'article L. 223-8 dans sa rédaction issue de l'ordonnance n° 2021-1554 du 1^{er} décembre 2021 relative à la mise en œuvre de la création de la cinquième branche du régime général de la sécurité sociale relative à l'autonomie, pour la part afférente à la prise en charge des personnes handicapées.

« b) le montant des dépenses réalisées par les départements en 2024, telles que constatées par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, au titre de la prestation de compensation mentionnée à l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles, de l'application du tarif minimal horaire prévu au I de l'article L. 314-2-1 du code de l'action sociale et des

familles pour la part afférente à la prise en charge des personnes en situation de handicap, ainsi qu'au titre de l'application de l'article 47 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, pour la part afférente à la prise en charge des personnes handicapées.

« Les modalités d'application du présent article, et notamment de versement du concours, sont fixées par voie réglementaire. »

5° À l'article L. 223-14, les mots : « des articles L. 223-11, L. 223-12 et » sont remplacés par les mots : « de l'article » ;

6° Au 4° de l'article L. 223-15, les mots : « de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap mentionnés à l'article L. 223-8 » sont remplacés par les mots : « du concours mentionné au a) du 3° de l'article L. 223-8 du présent code, du concours mentionné au b) du 3° du même article ».

II. - L'article 47 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 modifié par l'article 80 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 est abrogé.

La parole est à M. le ministre.

M. Paul Christophe, *ministre des solidarités, de l'autonomie et de l'égalité entre les femmes et les hommes*. Cet amendement est important parce qu'il a pour objet de modifier les règles de fixation des concours de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Je prendrai donc le temps de le défendre, d'autant que c'est le premier sur lequel j'interviens devant vous.

À travers lui, le Gouvernement vise à concrétiser une partie des annonces que M. le Premier ministre a faites, le 15 novembre dernier. Il s'agit de soulager les départements, en renforçant leurs finances par une hausse de 200 millions d'euros des concours qui leur sont versés par la CNSA. Nous souhaitons également nous engager avec eux dans une nouvelle méthode de travail fondée sur la simplification, la coconstruction et la prévisibilité.

J'y tiens beaucoup, alors que le vieillissement de notre pays s'accélère et que les départements sont, aux côtés de l'État et de la sécurité sociale, des acteurs centraux de l'accompagnement de cette tendance.

Je me réjouis d'autant plus de défendre cet amendement devant votre assemblée que nous cherchions à mettre en œuvre cette simplification depuis près de deux ans. Nous sommes enfin sur le point d'y parvenir. Il était temps !

En effet, après les ajouts successifs de ces dernières années, il existe aujourd'hui douze concours différents de la CNSA à destination des départements, et même treize si l'on compte le geste exceptionnel de 150 millions d'euros qui avait été réalisé en 2024.

Chacun de ces concours obéit à ses propres règles, dont certaines sont très datées, et l'ensemble ne permet désormais plus aucune lisibilité par rapport aux besoins des territoires ou de manière pluriannuelle.

La présente mesure vise tout d'abord à fusionner cinq d'entre eux en deux concours principaux cofinçant, d'une part, les dépenses destinées aux personnes âgées,

d'autre part, celles qui sont destinées aux personnes handicapées, c'est-à-dire l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et la prestation de compensation du handicap (PCH).

J'égrène rapidement ce qui s'était stratifié, à savoir les deux concours historiques de la caisse dite « APA et PCH », le concours de l'APA 2, créé dans le cadre de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, qui fait toujours référence à des répartitions de 2016, ainsi que le concours lié à l'introduction d'un tarif plancher national de référence pour ces mêmes aides et le concours spécifique imaginé pour la compensation du coût de l'avenant 43 portant révision de la classification des emplois et du système de rémunération des salariés de la branche de l'aide à domicile.

Ces cinq concours nécessitent tous des remontées de données particulières, notamment, dans le cas des deux derniers, pour déterminer les heures d'aide à domicile spécifiquement éligibles.

Vous comprenez donc les raisons qui nous ont conduits à proposer une étape de simplification pour des dispositifs qui « embarquent » plus de 80 % de l'enveloppe des concours de la CNSA. Nous pourrions ainsi mettre fin aux nombreuses procédures de remontée de données, qui embolissent les services départementaux, et diriger tous nos efforts vers l'accompagnement des personnes en perte d'autonomie.

En complément, l'enveloppe majorée des concours de la CNSA permet de garantir que les dépenses correspondant aux concours ainsi fusionnés seront compensées, pour chaque département, à hauteur strictement identique de celles de 2024.

Nous tiendrons bien évidemment compte, pour ce qui est de l'APA, du geste exceptionnel de 150 millions d'euros autorisé par la précédente loi de financement de la sécurité sociale. Je rappelle que ce dernier a permis à la quasi-totalité des parents d'obtenir un taux de compensation de leurs dépenses d'APA d'au minimum – j'y insiste – 43 % en 2024.

Un taux de compensation stabilisé sera ainsi garanti à chaque département en valeur relative, malgré une dynamique de dépenses qui n'a aucune raison de faiblir en 2025.

Vous connaissez tous la problématique du vieillissement de la population et les prestations de compensation du handicap qui y sont associées. L'évolution de ces prestations a été, ces dernières années, plus rapide que celle du concours destiné à la compenser. De nombreux départements nous demandaient de remédier à cela, et vous avez été plusieurs à relayer cette demande. Le texte reflète désormais les besoins que les départements ont exprimés pour le handicap.

Ce faisant, je le souligne, nous abandonnons des règles de répartition des concours entre départements, largement héritées d'une période antérieure à la création de la branche autonomie, qui avaient été établies à partir d'une enveloppe nationale indexée sur l'évolution des ressources de la CNSA.

Dans le cadre de cette première étape de simplification, les concours par département seront calculés en 2025 à partir des dépenses réalisées, pour prendre en compte les besoins concrets dans les territoires.

Encore une fois, au travers de cet amendement, nous augmentons le montant des concours de la CNSA de 200 millions d'euros par rapport au projet de loi de finance-

ment de la sécurité sociale déposé initialement par le Gouvernement, afin de prendre en compte la dynamique liée au nouveau modèle de calcul.

Enfin, dans la mesure où la dynamique de dépenses d'allocation personnalisée d'autonomie est particulièrement forte dans les outre-mer par rapport aux ressources propres des départements – j'en ai discuté notamment avec le président du conseil départemental de La Réunion –, cet amendement vise à prévoir pour ces territoires, en 2025, une majoration du taux de compensation correspondant.

Le Gouvernement poursuivra ses efforts, à partir de cette première étape, pour établir en concertation étroite avec les départements de nouvelles règles partagées, lisibles et justes, dans le cadre d'une réforme d'ensemble des concours à partir de 2026.

Tels sont les éclaircissements que je souhaitais prendre le temps de vous apporter.

M. le président. Le sous-amendement n° 1389, présenté par Mme Malet, est ainsi libellé :

Amendement n° 1375, alinéa 22, première phrase

Compléter cette phrase par les mots :

, en particulier ceux se rapportant aux caractéristiques économiques, sociales et démographiques des collectivités régies par l'article 73 de la Constitution

La parole est à Mme Viviane Malet.

Mme Viviane Malet. L'amendement du Gouvernement vise à prendre en compte des spécificités géographiques dans les modalités de calcul et de répartition des concours de l'APA.

Monsieur le ministre, vous nous avez indiqué que ce critère pouvait concerner les collectivités d'outre-mer en mentionnant en avoir discuté avec le président du conseil départemental de La Réunion. Je suis tout à fait favorable à ce principe, mais je souhaiterais qu'il figure dans la loi.

Certains territoires ultramarins, en effet, s'apprentent à devenir les départements comprenant le plus de personnes âgées en France, alors qu'ils ont les taux de pauvreté les plus importants de France. Ces réalités structurelles impliquent donc une adaptation de certains paramètres des calculs de concours de la CNSA aux dépenses d'APA.

Le sens de ce sous-amendement est donc d'inscrire dans la loi que la majoration du taux de compensation selon un coefficient géographique bénéficiera aux outre-mer.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

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 effet, la simplification qui consiste à passer de treize à neuf concours de la CNSA est bienvenue, en particulier pour l'APA et la PCH.

Nous saluons aussi l'augmentation de 200 millions d'euros du montant des concours. Certes, le niveau de compensation de 50 % espéré par les départements n'est pas encore atteint, mais nous sommes sur la bonne voie. Cela nécessitera, bien évidemment, des réformes plus structurelles.

Monsieur le ministre, vous avez tenu compte dans votre amendement de la situation des territoires ultramarins. Le sous-amendement de Mme Malet vise à garantir que les différentes caractéristiques des outre-mer seront bien prises en compte dans le coefficient géographique applicable pour le concours de l'APA.

Avis favorable sur l'amendement et le sous-amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur le sous-amendement ?

M. Paul Christophe, ministre. Comme je le disais, la réforme proposée prévoit bien un coefficient géographique qui contribuera, le cas échéant, à accompagner plus particulièrement les territoires d'outre-mer, ce qui rejoint la préoccupation que vous exprimez à travers votre sous-amendement, madame la sénatrice.

Je précise par la même occasion que le Gouvernement s'engage, pour 2025, non pas seulement à maintenir au même niveau le taux de compensation par l'État des dépenses liées à l'APA dans les territoires ultramarins, ce qui constituerait déjà un effort important, mais à l'augmenter de 5 points, ce qui devrait permettre à certains de ces territoires d'approcher le taux global de compensation de 50 % que j'évoquais à l'instant.

J'émet un avis favorable sur ce sous-amendement.

M. le président. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour explication de vote.

Mme Émilienne Poumirol. Monsieur le ministre, qui ne se réjouirait pas des mesures de simplification que vous venez de nous annoncer ?

Cette réforme va effectivement dans le bon sens, puisqu'elle permettra de simplifier les choses, comme vous l'avez dit tout à l'heure, et notamment de réduire le nombre de documents que doivent traiter les agents des maisons départementales des personnes handicapées (MDPH), qui, chacun le sait, sont débordés. Pour ne citer que cet exemple, la MDPH de mon département, la Haute-Garonne, doit gérer entre 200 et 250 demandes par jour, un chiffre très élevé.

De telles mesures de simplification sont bien sûr intéressantes pour les agents, mais elles sont surtout importantes pour les patients : aujourd'hui, la durée moyenne pour l'obtention d'une réponse est de quatre mois, dans les MDPH qui excellent à traiter ces dossiers, et, le plus souvent, de cinq à six mois, voire davantage, dans les autres.

Mme Cathy Apourceau-Poly. C'est vrai !

Mme Émilienne Poumirol. En revanche, monsieur le ministre, vous nous dites qu'en 2025 vous vous engagez à maintenir à 43 % le taux de compensation des dépenses liées à l'APA, mais je me permets tout de même de vous rappeler que l'engagement initial du Gouvernement était que ce taux atteigne 50 %. Même si la pente est ascendante, l'objectif n'est donc pas atteint, et les 200 millions d'euros dont vous avez parlé ne suffiront certainement pas.

Permettez-moi également de signaler que, cette année particulièrement, les départements font face à des contraintes extrêmement importantes – l'Assemblée des départements de France (ADF) l'a redit il y a quelques jours encore lors de son congrès –, au point qu'ils ne savent pas s'ils seront en mesure de remplir leurs missions ni comment ils vont faire, malgré un certain nombre d'efforts de clarification et la suppression

de certaines compétences non obligatoires, pour continuer à offrir le même service public à nos concitoyens, en particulier aux personnes handicapées.

Si les départements se trouvent obligés de réduire le nombre d'heures d'aide – *via* l'APA ou la PCH – qu'ils accordent à nos administrés, cela contribuera à une réduction des services publics, une perspective qui nous est insupportable.

M. le président. La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge, pour explication de vote.

Mme Raymonde Poncet Monge. Monsieur le ministre, je ne reviendrai pas sur le fait que la simplification des concours versés aux départements répondait à une demande. De surcroît, il est très bien que vous l'engagiez pour les concours les plus importants. Dont acte!

Vous nous avez parlé d'une hausse de l'enveloppe de 200 millions d'euros, ce qui est une grosse somme, je le reconnais, même si, personnellement, je préfère les pourcentages aux valeurs absolues et, donc, aux euros. C'est en effet par ce biais que l'on en arrive à se réjouir de l'augmentation de 9 milliards d'euros de l'Ondam, alors que, en valeur relative, celui-ci n'a que très peu évolué. En réalité, si donc l'on s'en tient aux pourcentages, le compte n'y est pas.

Vous nous avez également dit que vous vous engagiez à maintenir à 43 %, l'an prochain, le taux de compensation des dépenses liées à l'APA. Je n'ai pas bien compris si vous entendiez tenir compte de la dynamique très forte de ces dépenses en 2024 – elles croissent très vite du fait de la transition démographique – et/ou si ce taux de 43 % était en quelque sorte un taux plancher, une sorte de socle.

Les départements demandent avant tout une trajectoire de financement claire ; ils souhaitent une perspective. Dans le cadre de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, j'ai d'ailleurs déposé un amendement tendant à fixer le taux de compensation des dépenses sociales à 50 %, non pas demain, mais à l'horizon 2030, ce qui vous laissait le temps nécessaire d'y parvenir.

À ce propos, monsieur le ministre, quand vous mentionnez ce taux de 43 %, s'agit-il seulement des dépenses liées à l'APA, ou cela concerne-t-il aussi la PCH, dont le taux de compensation est, me semble-t-il, plutôt aux alentours de 30 % ? Je souhaiterais que vous éclairciez ce point.

Quoi qu'il en soit, le taux de compensation des dépenses liées à l'APA est en nette hausse, ce qui est une bonne nouvelle, d'autant qu'il était, lui aussi, descendu récemment à 30 %.

Permettez-moi de conclure mon propos en vous posant deux dernières questions, me faisant ainsi le relais des départements : quelles sont vos perspectives financières en la matière ? à quel horizon pensez-vous que ce taux de compensation atteindra 50 %, un niveau qui correspond à celui dont bénéficiaient les départements au moment où cette compétence leur a été transférée ?

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Paul Christophe, ministre. Madame la sénatrice Poncet Monge, voici quelques éléments de réponse.

Il est prévu que l'objectif d'une compensation par l'État de 50 % des dépenses des départements en matière d'autonomie soit atteint à l'horizon 2030. Cette annonce correspond à la

proposition que vous avez formulée dans le cadre de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale et que vous venez justement de rappeler.

Sachez que je n'entends pas revenir sur la parole donnée ; au contraire, j'en pose la première pierre. Notre engagement n'est pas neutre : les 200 millions d'euros supplémentaires contribuent à consolider cet édifice, qui repose, vous l'avez compris, sur un taux de compensation de 43 %, véritable point de départ de cette trajectoire.

L'essentiel en la matière, c'est que l'État va compenser les dépenses réalisées. Jusqu'à présent, il versait une somme d'argent aux départements, selon des clés de répartition – j'en ai esquissé le détail tout à l'heure – qui, à vrai dire, commençaient à manquer de lisibilité.

Demain, la réforme que nous proposons permettra de compenser au moins 43 % des dépenses réellement engagées par les départements, un taux qui va croître, je l'espère, jusqu'à 50 % à l'horizon 2030. Il s'agit donc d'un vrai changement, qui nécessitera évidemment quelques ajustements de mise en œuvre, en lien avec les départements, dans le cadre de la conférence des financeurs que nous allons relancer.

L'objectif, pour moi, était de rétablir le lien de confiance avec les départements, qui, disons-le, s'était un peu érodé – je ne peux pas être plus clair. Il s'agissait donc de montrer de premiers signes très visibles de notre engagement en apportant notre soutien financier à des collectivités qui sont, vous le savez très bien, en première ligne en matière d'autonomie, un secteur que je connais bien, puisqu'il fait partie de mon périmètre ministériel.

Vous comprendrez que j'aie le plus grand intérêt à ce que les départements soient des partenaires fiables de l'État et à ce que la relation de confiance qui nous lie soit confortée.

Mme Raymonde Poncet Monge. Très bien !

M. le président. Je mets aux voix le sous-amendement n° 1389.

(Le sous-amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1375, modifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 20.

Article 21

- ① L'article 79 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 est ainsi modifié :
- ② 1° Au premier alinéa du A du I, le mot : « vingt » est remplacé par le mot : « vingt-trois » ;
- ③ 2° Le III est ainsi modifié :
- ④ a) Le premier alinéa est ainsi modifié :
- ⑤ – les mots : « la somme » sont remplacés par les mots : « un montant » ;
- ⑥ – à la fin, les mots : « égale au cumul » sont remplacés par le mot : « égal » ;
- ⑦ b) Le 1° est ainsi modifié :
- ⑧ – au début, le mot : « De » est remplacé par le mot : « À » ;

- ⑨ – les mots : « retracées dans son compte de gestion » sont remplacés par les mots : « transmises à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans les conditions prévues au présent III » ;
- ⑩ c) Le 2° est abrogé ;
- ⑪ d) L'avant-dernier alinéa est ainsi modifié :
- ⑫ – au début, les mots : « Cette somme peut être imputée » sont remplacés par les mots : « Ce montant est imputé » ;
- ⑬ – est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Les dépenses d'allocation pour l'autonomie mentionnées au b du 1° du I de l'article L. 223-11 du code de la sécurité sont, dans les départements participant à l'expérimentation, fixées par décret pendant la durée de celle-ci, en tenant compte du montant des dépenses des années précédentes. » ;
- ⑭ e) Au dernier alinéa, les mots : « mentionnées aux 1° et 2° du » sont remplacés par les mots : « permettant le calcul de la moyenne mentionnée au » ;
- ⑮ 3° La seconde phrase du premier alinéa du IV est ainsi modifiée :
- ⑯ a) La date : « 30 avril 2024 » est remplacée par la date : « 31 octobre 2024 » ;
- ⑰ b) Après la première occurrence du mot : « une », la fin est ainsi rédigée : « entrée dans l'expérimentation à compter du 1^{er} janvier 2025. »

M. le président. La parole est à Mme Anne Souyris, sur l'article.

Mme Anne Souyris. Cet article prévoit d'augmenter le nombre de départements pouvant participer à l'expérimentation relative à la fusion des régimes de financement des Ehpad et des unités de soins de longue durée (USLD).

Quel dommage, alors que mes collègues Chantal Deseyne, Solanges Nadille et moi-même avons remis un rapport, il y a quelques semaines, au nom de la commission des affaires sociales, que ce PLFSS ne comporte aucune mesure structurante pour les Ehpad !

Quel dommage, alors qu'une extrême majorité d'établissements sont dans une situation budgétaire dramatique, puisque 84,4 % des Ehpad publics hospitaliers, la quasi-totalité des Ehpad publics territoriaux, et 73,4 % des Ehpad privés et solidaires sont en déficit en 2023 ! Je sais que ces chiffres ont circulé, mais il est important de les rappeler.

Le Gouvernement propose d'attribuer une nouvelle aide exceptionnelle de 100 millions d'euros aux Ehpad, mais, en réalité, cette somme est identique à celle de l'année dernière. Certes, mieux vaut 100 millions d'euros que rien, mais cela ne suffira évidemment pas !

Pour autant, nous préconisons justement de pérenniser cette aide de 100 millions d'euros. Gageons que la reconduction de ce fonds en 2025 le présage. Pour sauver les Ehpad et reconstruire leur modèle, il nous faudra de toute façon trouver de nouveaux financements.

Non, une journée de solidarité supplémentaire ne suffira pas. Il faut des mesures fortes : de la transparence, avec la mise en place d'un Nutri-score, un cahier des charges renforcé pour les Ehpad privés lucratifs, un fonds vert d'adaptation au changement climatique, bref, un certain nombre de points structurants qui ne figurent pas dans ce

PLFSS. Sans compter que l'adoption rapide d'une loi Grand Âge devient aussi chimérique qu'un triste Godot, puisque nous ne la voyons toujours pas venir.

Enfin, la fusion des sections tarifaires « soins » et « dépendances », modifiée par l'article 21, est une avancée que je salue. Faisons en sorte que cette expérimentation devienne rapidement une généralisation. Nous l'avions demandé dans notre rapport : j'espère donc que ce sera le cas.

M. le président. Je suis saisi de six amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les cinq premiers sont identiques.

L'amendement n° 176 est présenté par Mme Deseyne, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 538 rectifié *ter* est présenté par Mme Jacquemet, M. Cambier, Mme Saint-Pé, M. Bleunven, Mme Perrot, MM. Perrion, Longeot, Delcros, S. Demilly et Courtial, Mmes Billon et Romagny et M. Haye.

L'amendement n° 802 rectifié est présenté par Mmes Poncet Monge et Souyris, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, M. Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

L'amendement n° 1292 rectifié est présenté par Mme Nadille, M. Lemoyne, Mme Guidez, MM. Buis et Buval et Mmes Schillinger et Duranton.

L'amendement n° 1340 est présenté par le Gouvernement.

Ces cinq amendements sont ainsi libellés :

I. – Alinéa 2

Après les mots :

du A du I,

insérer les mots :

le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « deux » et

II. – Après l'alinéa 2

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Le deuxième alinéa du A du I est supprimé ;

...° Le troisième alinéa du A du I est complété par les mots : « réalisé avec l'appui de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie » ;

La parole est à Mme le rapporteur, pour présenter l'amendement n° 176.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. Cet amendement tend à réduire la durée de l'expérimentation relative au régime de financement des Ehpad, votée l'an passé dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, qui est prévue pour durer quatre années, ce qui en fixe le terme à la fin de 2029.

Selon la commission, il n'est pas nécessaire de mener cette expérimentation sur une aussi longue période, car les différents acteurs sont déjà convaincus du bien-fondé et de la nécessité d'une mise en place rapide de cette réforme.

En conséquence, l'amendement vise également à adapter les modalités de l'évaluation du dispositif. Il prévoit qu'au plus tard, six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement transmet au Parlement un rapport, réalisé avec l'appui de la CNSA, pour en dresser le bilan.

M. le président. L'amendement n° 538 rectifié *ter* n'est pas défendu.

La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge, pour présenter l'amendement n° 802 rectifié.

Mme Raymonde Poncet Monge. À travers cet amendement, nous appelons de nos vœux la réduction de quatre à deux ans de l'expérimentation de la fusion des forfaits « soins » et « dépendance », afin que la question de sa pérennisation, à la suite de son évaluation bien sûr, soit posée dès 2027.

Le modèle économique des Ehpad est aujourd'hui obsolète, dépassé, compte tenu de l'évolution du profil des résidents, du coût de gestion des établissements qui en découle, et des inégalités territoriales que ces établissements contribuent à créer.

La frontière entre la prise en charge relevant des soins et celle au titre de la dépendance tend à s'effacer. L'amorce du virage domiciliaire et les progrès réalisés en matière de soutien à domicile permettent une entrée en Ehpad beaucoup plus tardive. À l'heure où il est nécessaire d'assurer une prise en charge globale et continue, la distinction entre soins et accompagnement de l'autonomie apparaît donc artificielle.

En 2024, le Haut Conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA) a adopté un avis portant sur le projet de décret relatif aux modalités de l'expérimentation. S'il a maintenu un avis globalement favorable, il s'est de nouveau interrogé sur la très grande lenteur de la montée en charge de la réforme.

Déjà, dans l'avis défavorable rendu par la CNSA sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, certains membres de ladite caisse notaient que le caractère optionnel de la réforme entraînait en contradiction avec les objectifs d'équité territoriale et de simplification propres à la branche. Ils appelaient donc, dès 2023, à une généralisation rapide de cette mesure.

Dans l'avis sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, les membres de la CNSA ont également regretté que cette réforme ne soit pas l'occasion de réinterroger plus largement le modèle économique et les critères de tarification des Ehpad.

Monsieur le ministre, allons plus vite !

M. le président. La parole est à Mme Solanges Nadille, pour présenter l'amendement n° 1292 rectifié.

Mme Solanges Nadille. L'article 79 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 a prévu que cette expérimentation dure quatre ans et qu'elle soit limitée à vingt départements au maximum.

En juin 2024, la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) a annoncé que vingt-trois départements s'étaient déjà portés volontaires pour expérimenter ce nouveau modèle. Depuis cette date, plusieurs autres départements ont pris des délibérations pour y prendre part. Plus d'un quart des départements ont manifesté leur intérêt.

Dans ces conditions, et alors que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 prévoit déjà une extension de l'expérimentation à vingt-trois départements, il semble aujourd'hui opportun, du point de vue de l'équité territoriale et de l'efficacité des politiques publiques, de réduire la durée de l'expérimentation de quatre à deux ans avant d'en dresser le bilan et d'en envisager la généralisation.

M. le président. La parole est à M. le ministre, pour présenter l'amendement n° 1340.

M. Paul Christophe, ministre. L'amendement du Gouvernement est identique aux amendements qui viennent d'être défendus : c'est un amendement de « couverture » en quelque sorte, puisqu'il vise à couvrir les conséquences financières du dispositif proposé, lequel, je le rappelle, va dans le sens d'une simplification de l'expérimentation, en la ramenant de quatre à deux ans, ce à quoi nous sommes favorables.

M. le président. L'amendement n° 490 rectifié, présenté par Mmes Bourcier et Lermytte, MM. Capus et Rochette, Mme L. Darcos, MM. L. Vogel et Grand, Mme Paoli-Gagin, MM. Brault et Omar Oili et Mme Nadille, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Après les mots :

du A du I

insérer les mots :

et le mot : « quatre » est remplacé par le mot : « deux »
et

La parole est à Mme Laure Darcos.

Mme Laure Darcos. Mon amendement vise également à réduire la durée de l'expérimentation de quatre à deux ans. Comme mes collègues, quelles que soient les travées sur lesquelles ils siègent, j'ai déposé cet amendement, parce que, siégeant dans le conseil d'administration d'un Ehpad, je suis bien placée pour savoir que ces établissements sont aux abois.

Il y a urgence à trouver un nouveau régime de financement, que cela passe ou non – je n'en sais rien moi-même – par une fusion des sections tarifaires. Nous sommes tous impatients de savoir comment les choses vont évoluer pour que, très vite, ces établissements sortent du rouge.

Je pense ce soir à la directrice de l'Ehpad que je viens d'évoquer : elle est de plus en plus gênée, pour ne pas dire angoissée, de constater que le déficit augmente d'année en année. Si elle a choisi ce métier, ce n'est sûrement pas pour en arriver à ce type de situation.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. La commission est évidemment favorable aux amendements identiques n°s 802 rectifié, 1292 rectifié et 1340, identiques au sien. Elle émettra également un avis favorable sur l'amendement n° 490 rectifié, sous réserve que notre collègue Laure Darcos accepte de le rectifier pour le rendre identique aux autres.

M. le président. Madame Darcos, souhaitez-vous rectifier votre amendement pour le rendre identique à ceux de Mme le rapporteur, de Mmes Poncet Monge et Nadille et de M. le ministre ?

Mme Laure Darcos. Oui, monsieur le président.

M. le président. Il s'agit donc de l'amendement n° 490 rectifié *bis*, dont le libellé est identique à celui des amendements n°s 176, 802 rectifié, 1292 rectifié et 1340.

Je les mets aux voix.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques.

L'amendement n° 1188 rectifié est présenté par le Gouvernement.

L'amendement n° 1281 est présenté par Mme Nadille.

L'amendement n° 1350 est présenté par Mme Deseyne, au nom de la commission des affaires sociales.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Après l'alinéa 2

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° Au B du I, après la seconde occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « , à l'exception des articles L. 232-9 et L. 232-10, » ;

La parole est à M. le ministre, pour présenter l'amendement n° 1188 rectifié.

M. Paul Christophe, ministre. Il s'agit, comme précédemment, d'un amendement de couverture, qui vise à garantir un niveau de ressources minimal aux résidents d'Ehpad expérimentant la fusion des sections tarifaires « soins » et « dépendance », qui bénéficient de l'aide sociale à l'hébergement.

M. le président. La parole est à Mme Solanges Nadille, pour présenter l'amendement n° 1281.

Mme Solanges Nadille. Cet amendement est identique à celui du Gouvernement : il vise à garantir que la garantie de ressources dont bénéficient les résidents d'Ehpad ou d'USLD admis à l'aide sociale à l'hébergement ou, le cas échéant, leur conjoint resté au domicile, continue à s'appliquer dans les départements expérimentateurs.

M. le président. La parole est à Mme le rapporteur, pour présenter l'amendement n° 1350.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. Le présent amendement, identique aux deux précédents, est un amendement de coordination, indispensable pour que les dispositifs de garantie de ressources des résidents continuent de s'appliquer dans le cadre de l'expérimentation.

M. le président. La parole est à Mme Annie Le Houerou, pour explication de vote.

Mme Annie Le Houerou. Nous n'avons pas déposé d'amendement similaire à ceux sur lesquels nous allons nous prononcer, mais nous partageons l'ensemble des propos qui viennent d'être tenus et qui vont dans le sens d'une réduction de la durée de l'expérimentation de quatre à deux ans.

Nous voterons ces trois amendements identiques.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 1188 rectifié, 1281 et 1350.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. L'amendement n° 1374, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Alinéas 11 à 13

Remplacer ces alinéas par deux alinéas ainsi rédigés :

d) L'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Ce montant est imputé en tout ou partie sur le concours versé au département en application de l'article L. 223-11 du code de la sécurité sociale. Il correspond à l'effet sur ce dernier des dispositions prévues au dernier alinéa du 2° du même article. » ;

La parole est à M. le ministre.

M. Paul Christophe, ministre. Il s'agit d'un amendement de coordination, qui tend à garantir une bonne articulation entre l'expérimentation de la fusion des sections tarifaires et la refonte de l'architecture des concours de la CNSA, que nous avons votée tout à l'heure.

Grâce à la réforme de l'expérimentation relative au régime de financement des Ehpad proposée par le Gouvernement, les départements expérimentateurs n'auront plus à financer l'APA pour les personnes résidant en établissement. Le montant des concours financiers de la CNSA leur étant attribué est minoré à ce titre.

En conséquence, il est proposé d'adapter le calcul du montant des concours perçus par les départements expérimentateurs au titre de l'APA sur la durée de l'expérimentation. Ces modalités de calcul seront précisées par voie réglementaire de manière à neutraliser les effets de l'expérimentation sur la refonte des concours.

Pour le dire simplement, et même si le sujet est complexe, cette disposition ne change en rien la nature et le montant des engagements financiers de l'État vis-à-vis des départements expérimentateurs. C'est une mesure de cohérence, à laquelle je tenais, car elle engage la parole de l'État.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. La commission est favorable à cet amendement, car il vise à permettre aux départements qui participeront à l'expérimentation de ne pas y perdre financièrement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1374.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques.

L'amendement n° 617 rectifié est présenté par MM. Grosvalet et Bilhac, Mme Briante Guillemont, M. Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Daubet, Fialaire, Gold et Guiol, Mme Jouve, M. Masset, Mme Pantel et M. Roux.

L'amendement n° 632 rectifié *bis* est présenté par MM. Capo-Canellas, Henno et Vanlerenberghe et Mmes Guidez, Devésa, Sollogoub, Romagny et Antoine.

L'amendement n° 1339 est présenté par le Gouvernement.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 16

Remplacer la date :

31 octobre

par la date :

15 novembre

La parole est à M. Michel Masset, pour présenter l'amendement n° 617 rectifié.

M. Michel Masset. Le présent amendement a pour objet de décaler du 31 octobre au 15 novembre la date limite de délibération des départements qui souhaitent participer à l'expérimentation de la fusion des sections tarifaires « soins » et « dépendance » des Ehpad.

Ces départements devaient initialement se porter volontaires avant le 30 avril. L'article 21 décale la date butoir pour transmettre une candidature au 31 octobre. Or certaines informations nécessaires à l'instruction de cette décision ont parfois été communiquées tardivement. C'est le cas pour l'un des départements volontaires, qui n'a reçu ces informations que le 12 octobre. Il est donc souhaitable d'octroyer un délai supplémentaire.

M. le président. La parole est à Mme Jocelyne Guidez, pour présenter l'amendement n° 632 rectifié *bis*.

Mme Jocelyne Guidez. Il est défendu.

M. le président. La parole est à M. Paul Christophe, ministre, pour présenter l'amendement n° 1339.

M. Paul Christophe, ministre. Il s'agit d'un amendement de couverture.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. La commission est favorable à ces trois amendements identiques.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 617 rectifié, 632 rectifié *bis* et 1339.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. L'amendement n° 1193, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Compléter cet article par deux alinéas ainsi rédigés :

4° Le deuxième alinéa du IV est ainsi rédigé :

« Les départements suivants sont désignés pour participer à la présente expérimentation : Aude, Cantal, Charente-Maritime, Corrèze, Côtes-d'Armor, Creuse, Finistère, Haute-Garonne, Landes, Lot, Lot-et-Garonne, Maine-et-Loire, Haute-Marne, Mayenne, Morbihan, Nièvre, Pas-de-Calais, Pyrénées-Orientales, Métropole de Lyon, Savoie, Seine-Saint-Denis, Guyane, La Réunion. »

La parole est à M. le ministre.

M. Paul Christophe, ministre. Comme vous le savez, l'expérimentation relative à la fusion des sections tarifaires « soins » et « dépendance » des Ehpad et des USLD devait initialement ne concerner que dix départements, avant que le seuil ne soit porté à vingt, puis à vingt-trois départements.

Le présent amendement vise à désigner nominativement les vingt-trois départements retenus dans ce cadre.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. Cet amendement vise à lister les départements retenus pour l'expérimentation. La commission y est favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1193.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 21, modifié.

(L'article 21 est adopté.)

Après l'article 21

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 509 rectifié *bis* est présenté par Mmes Guidez et Romagny, M. Henno, Mmes Sollogoub et Devésa et M. Vanlerenberghe.

L'amendement n° 1191 rectifié est présenté par le Gouvernement.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 21

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au premier alinéa de l'article L. 2134-1 du code de la santé publique, les mots : « de moins de six ans » sont remplacés par les mots : « jusqu'à six ans révolus ».

La parole est à Mme Jocelyne Guidez, pour présenter l'amendement n° 509 rectifié *bis*.

Mme Jocelyne Guidez. La Conférence nationale du handicap de 2023 prévoit la création d'un service de repérage, de diagnostic et d'intervention précoce. Dans ce cadre, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 a prévu la mise en place d'un nouveau parcours pour les enfants de moins de 6 ans susceptibles de présenter un trouble de santé à caractère durable et invalidant, de quelque nature que ce soit, notamment un trouble du neuro-développement.

Or les travaux sur la mise en œuvre de ce service mettent en évidence la nécessité d'articuler ce parcours destiné aux enfants de 0 à 6 ans, c'est-à-dire, d'une part, l'action du centre d'action médico-sociale précoce (Camsp) et, d'autre part, celle des plateformes de coordination et d'orientation (PCO), qui jouent un rôle important en matière de troubles du neurodéveloppement (TND), ces deux acteurs s'adressant à des enfants d'une tranche d'âge comprise de 0 à 6 ans révolus.

Le présent amendement vise à modifier l'article L. 2134-1 du code de la santé publique, en prévoyant que les enfants concernés par le nouveau parcours de bilan, de diagnostic et d'intervention ont entre 0 et 6 ans révolus, et ce en cohérence avec le parcours créé pour les enfants souffrant de TND et l'accompagnement des Camsp.

M. le président. La parole est à M. le ministre, pour présenter l'amendement n° 1191 rectifié.

M. Paul Christophe, ministre. Il s'agit d'un amendement de couverture de l'amendement de Mme Guidez, que je remercie, car elle me donne l'occasion de souligner le travail remarquable qu'elle a réalisé. Celle-ci a en effet beaucoup œuvré pour améliorer le repérage des enfants souffrant de TND ou de troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). C'est un effort dont je peux témoigner, puisque j'ai moi-même collaboré avec elle lorsque je siégeais sur les bancs de l'Assemblée nationale.

Il est essentiel d'apporter cette précision, qui garantit que seront bien concernés par ce repérage les enfants de 0 à 6 ans révolus, ceux qui ont donc moins de 7 ans.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. Je ne reviens pas sur ces amendements, dans la mesure où ils viennent d'être remarquablement présentés : avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 509 rectifié *bis* et 1191 rectifié.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 21.

L'amendement n° 1046 rectifié *bis*, présenté par M. Chasseing, Mmes Bourcier, Lermytte et L. Darcos, MM. Chevalier, Rochette, Brault, Verzelen, Laménie et Wattebled, Mme Paoli-Gagin, MM. Grand, Capus, L. Vogel, V. Louault, A. Marc et Menonville et Mmes Guidez, Petrus, Richer, Sollogoub, Perrot, Belrhiti, Dumont, Billon, Goy-Chavent, Antoine et Nadille, est ainsi libellé :

Après l'article 21

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le premier alinéa du V de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le personnel des établissements mentionnés au I et au IV *bis* peut comprendre un infirmier coordonnateur chargé, sous la responsabilité hiérarchique du médecin coordonnateur, d'assurer l'encadrement de l'équipe soignante de l'établissement. Les qualifications requises et ses autres missions sont définies par décret. »

La parole est à Mme Laure Darcos.

Mme Laure Darcos. Cet amendement de notre collègue Daniel Chasseing tend à reprendre l'une des propositions du rapport sénatorial de septembre 2024 sur la situation des Ehpad, qui suggère de reconnaître et d'encadrer le statut d'infirmier diplômé d'État coordonnateur (Idec) en Ehpad, recommandation qui figure aussi dans la feuille de route Ehpad-USLD 2021-2023.

En effet, actuellement, les Ehpad ne sont pas dans l'obligation de compter un infirmier coordonnateur dans leurs effectifs. Leur rôle ne fait d'ailleurs l'objet d'aucun texte législatif ni réglementaire.

Pourtant, dans les faits, ceux-ci tiennent une place cruciale au sein de ces établissements, que ce soit pour l'organisation et le suivi des soins des résidents ou en matière de management de l'équipe soignante, le médecin coordonnateur n'exerçant souvent qu'à temps très partiel, et l'Idec étant, quant à lui, souvent embauché à temps plein.

À l'heure où les Ehpad sont confrontés à d'importantes difficultés, il est temps de reconnaître et d'encadrer le statut d'infirmier coordonnateur, comme cela a été le cas pour les médecins coordonnateurs, ce qui contribuera au bon fonctionnement des établissements.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. Les infirmiers référents sont un maillon essentiel du fonctionnement des Ehpad. Leur nombre, qui n'est pas connu avec exactitude, est estimé entre 6 000 et 8 000.

La pénurie de médecins coordonnateurs tend à rendre encore plus incontournable le rôle de ces infirmiers en matière de coordination des soins et d'encadrement des équipes. Pourtant, il n'existe pas de définition réglementaire des infirmiers diplômés d'État coordonnateurs.

Cet amendement, qui a pour objet de reprendre l'une des propositions du rapport de la commission des affaires sociales sur la situation des Ehpad, vise donc à inscrire dans la loi le rôle de l'infirmier coordonnateur et, ainsi, à promouvoir cette fonction nécessaire au bon fonctionnement des Ehpad.

Le décret, tel qu'il est prévu dans le dispositif, permettra de fixer à court terme le cadre des missions et le positionnement de l'infirmier coordonnateur.

La commission émet un avis favorable sur cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Paul Christophe, ministre. Tout comme vous, madame la sénatrice, nous soulignons l'importance du rôle et de la place de ces infirmiers ou infirmières de coordination, les Idec.

D'ailleurs, comme vous le rappelez, cette reconnaissance fait l'objet d'une mesure de la feuille de route ministérielle sur les Ehpad et les USLD. C'est précisément dans ce cadre que mes services ont travaillé sur un projet de texte réglementaire pour reconnaître la place des Idec dans l'équipe soignante des Ehpad.

Ce projet de texte, qui devrait être publié au plus tard en 2025, ne relevant pas de la loi, mais du domaine réglementaire, je vous demande, madame la sénatrice, de bien vouloir retirer votre amendement ; à défaut, j'y serai défavorable.

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, pour explication de vote.

M. Alain Milon. Je partage l'avis de M. le ministre, parce que je me pose beaucoup de questions sur la mise en place de ces infirmiers coordonnateurs.

En particulier, les médecins coordonnateurs des Ehpad ne sont pas des médecins prescripteurs. Aussi, quel sera le rôle de l'infirmière coordonnatrice en comparaison de celui des infirmières qui travaillent sous ses ordres et qui sont des soignantes ? L'infirmière coordonnatrice sera-t-elle elle-même une soignante ? Il s'agit vraiment d'un problème essentiel à traiter.

Pour ma part, je considère qu'il faut aller beaucoup plus loin dans l'analyse de ce nouveau métier, en sachant que, par ailleurs, on manque d'infirmières sur le terrain.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1046 rectifié *bis*.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 21.

L'amendement n° 660 rectifié, présenté par M. Fichet, Mmes Le Houerou et Féret, M. Kanner, Mmes Canalès et Conconne, M. Jomier, Mmes Lubin, Poumirol et Rossignol, MM. Bourgi et Ros, Mmes Linkenheld et Narassiguin, MM. Ziane et Lurel, Mme Bélim, M. Féraud, Mme Harribey, M. Gillé, Mme Brossel, MM. Fagnen et Chantrel, Mme Conway-Mouret, MM. Darras, Michau, Mérillou et Montaugé, Mme Bonnefoy, M. Roiron, Mme Blatrix Contat, M. Jeansannetas, Mme G. Jourda, MM. Vayssouze-Faure et M. Weber, Mme Monier, MM. P. Joly, Marie, Tissot, Durain et Chaillou, Mme Artigalas, MM. Redon-Sarrazy, Ouizille, Pla, Uzenat et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 21

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le III de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles est rétabli dans la rédaction suivante :

« III. – Le financement des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du présent code ainsi des établissements d'accueil du jeune enfant mentionnés au chapitre IV du titre II du livre III de la deuxième partie du code de la santé publique qui sont à la charge des organismes de sécurité sociale est conditionné au respect par les opérateurs dont le statut est privé à but lucratif d'une recherche raisonnable du bénéficiaire. Un décret pris en Conseil d'État pris après avis du Conseil supérieur de l'économie sociale et solidaire détermine les modalités d'application du présent alinéa. »

La parole est à Mme Annie Le Houerou.

Mme Annie Le Houerou. Le présent amendement vise à encadrer la financiarisation des établissements accueillant des publics fragiles, qu'il s'agisse des Ehpad, des crèches ou d'autres structures privées à but lucratif.

Les dérives observées ces dernières années dans certains établissements sont alarmantes. De nombreux ouvrages et témoignages, notamment celui de Victor Castanet, ont mis en lumière des pratiques indignes : rationnement des repas, changement des couches espacé, maltraitance, etc.

Des opérateurs privés à but lucratif intervenant auprès de publics vulnérables, nos aînés, nos enfants en bas âge ou encore des personnes en situation de handicap, se sont lancés dans une quête effrénée du profit au détriment de la qualité de la prise en charge.

Face à ce constat, il est urgent d'agir. Si une réflexion plus globale doit être engagée sur la pertinence même de confier des pans entiers de nos politiques publiques à ces opérateurs, nous devons, dès à présent, fixer des limites. Cet amendement tend ainsi à conditionner l'attribution des financements publics à ces structures au respect d'une recherche raisonnable de bénéfices.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. Contrairement à ce que vous recherchez, ma chère collègue, cette disposition se répercuterait directement sur la prise en charge des usagers des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) privés, puisque vous ouvrez la possibilité de supprimer le financement des prestations à la charge des organismes de sécurité sociale.

Par ailleurs, comment apprécier ce qu'est une « recherche raisonnable du bénéficiaire » ? Il ne me semble pas qu'il appartienne aux pouvoirs publics d'en décider, encore moins par décret. Pour toutes ces raisons, c'est un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Paul Christophe, ministre. En complément des arguments de Mme la rapporteure, j'ajoute que le Gouvernement a choisi d'autres options pour mieux contrôler les Ehpad. Je vais en énumérer quatre.

La première est l'extension, prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, des prérogatives de contrôle à l'ARS et au département, mais aussi aux inspections générales et à la Cour des comptes.

Deuxièmement, la CNSA peut désormais procéder à la récupération d'indus jusqu'au niveau du groupe.

Troisièmement, les contrôles peuvent s'appuyer sur la comptabilité analytique attestée par un commissaire aux comptes, afin de retracer l'utilisation des dotations publiques.

Quatrièmement, enfin, les sanctions financières ont été portées de 1 % à 5 % du chiffre d'affaires.

L'avis du Gouvernement est donc également défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 660 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 679, présenté par M. Fichet, Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, M. Jomier, Mmes Lubin, Poumirol et Rossignol, MM. Bourgi et Ros, Mmes Linkenheld et Narasiguin, MM. Ziane et Lurel, Mme Bélim, M. Féraud, Mme Harribey, M. Gillé, Mme Brossel, MM. Fagnen et Chantrel, Mme Conway-Mouret, MM. Darras, Michau, Mérillou et Montaugé, Mme Bonnefoy, M. Roiron, Mme Blatrix Contat, MM. Jeansannetas, Vayssouze-Faure et M. Weber, Mmes Monier et G. Jourda, MM. P. Joly, Marie, Tissot, Durain et Chaillou, Mme Artigal, MM. Redon-Sarrazy, Ouizille, Pla, Uzenat et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

I. – Après l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 314-8-... ainsi rédigé

« Art. L. 314-8- I. – Le financement par l'État ou les organismes de sécurité sociale des établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du présent code est interdit si la rémunération d'un de ses salariés ou de ses associés dépasse un plafond de rémunération correspondant à neuf fois la rémunération moyenne du décile de ses salariés disposant de la rémunération la plus faible.

« II. – Pour les sociétés gérant plusieurs établissements et services sociaux et médico-sociaux, le respect du plafond de rémunération défini au I tient compte de la rémunération de l'ensemble des associés et salariés de la société. »

II. – Le I du présent article entre en vigueur le 1^{er} juillet 2025.

La parole est à Mme Marion Canalès.

Mme Marion Canalès. Cet amendement tend à conditionner le financement public des Ehpad au respect de règles. Celles-ci, qui encadrent notamment la rémunération du capital et les écarts de salaire, s'inspirent des critères de la certification des entreprises solidaires d'utilité sociale (Esus). Nous proposons donc de limiter ces écarts à un rapport de 1 à 9.

L'objectif est de garantir un usage plus juste et responsable des fonds publics, tout en favorisant un fonctionnement plus éthique de ces établissements.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. Cet amendement n'aura aucun effet sur la qualité du service rendu en Ehpad, ce qui est tout de même notre premier objectif. J'estime en outre

que le législateur n'a pas à s'immiscer dans les modalités de rémunération des salariés. La commission a donc émis un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Paul Christophe, ministre. Je suis d'accord avec vous, madame la sénatrice, sur la nécessité de lutter contre les abus. Cependant, interdire le financement public, comme vous le souhaitez, sans prise en compte des spécificités locales – je pense notamment aux particularités des secteurs frontaliers, qui expliquent certains écarts de salaire – fragiliserait la pérennité de ces structures.

Ainsi, votre proposition risquerait de conduire à la fermeture d'établissements, avec des conséquences négatives sur l'offre de places et le suivi des personnes actuellement prises en charge, ce qui va à l'encontre de notre objectif. Sa mise en œuvre pourrait d'ailleurs s'avérer complexe, car des conventions collectives encadrent déjà les conditions de rémunération de certains cadres.

Pour toutes ces raisons, j'émet également un avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 679.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 1386 rectifié est présenté par le Gouvernement.

L'amendement n° 1390 est présenté par Mme Deseyne, au nom de la commission des affaires sociales.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 21

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Pour l'année 2025, une aide exceptionnelle de 100 millions d'euros, financée par le sous-objectif « Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées » prévu à l'article 27 de la présente loi, est déployée en soutien aux établissements sociaux et médico-sociaux en difficulté financière.

La parole est à M. le ministre, pour présenter l'amendement n° 1386 rectifié.

M. Paul Christophe, ministre. C'est un amendement de couverture.

M. le président. La parole est à Mme Chantal Deseyne, pour présenter l'amendement n° 1390.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. Cet amendement vise à déployer une aide exceptionnelle de 100 millions d'euros en direction des ESSMS en difficulté. Il s'agit de la reconduction de ce que nous avons appelé, l'an passé, l'aide d'urgence.

Nous nous en félicitons, car les établissements pour personnes âgées sont toujours en très grande difficulté. Nous encourageons le Gouvernement à mobiliser les commissions départementales de suivi des ESSMS en difficulté financière pour répartir ces crédits.

Toutefois, je vous l'ai dit tout à l'heure, nous sommes bien conscients que, pour améliorer la situation de ces établissements sur le plus long terme, nous avons besoin de réformes

structurelles. Nous espérons nous y atteler rapidement, avec l'aide du Gouvernement, à l'occasion de l'examen d'une loi Grand Âge.

M. le président. La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge, pour explication de vote.

Mme Raymonde Poncet Monge. Je ne reviendrai pas sur le montant de 100 millions d'euros : nous les prenons, nous en prendrions même 50 millions...

Monsieur le ministre, le précédent plan d'urgence a soutenu les établissements, dans le cadre de l'augmentation de 6 % du sous-objectif au sein de l'Ondam, alors qu'il porte sur les établissements et services pour personnes âgées. Cependant, l'année dernière, les services domiciliaires n'ont rien reçu, alors que leur situation est aussi catastrophique que celle des Ehpad – je n'ose dire pire, tant elle est mauvaise pour ces derniers –, mais aussi plus ancienne. Ainsi, les services domiciliaires sont déficitaires depuis longtemps. Or le fonds d'urgence de l'année dernière, pour la première fois, a été totalement versé aux établissements, quand auparavant, il existait une répartition entre eux et les services.

Certes, les établissements sont visibles. Mais si l'on veut prendre le virage domiciliaire, il ne faudrait pas que les services concernés soient complètement défaillants. J'attire donc votre attention sur ce sous-objectif de l'Ondam. Il englobe les services, qui, l'année dernière, ont été oubliés.

Je vous rappelle la tenue de la journée « Les vieux méritent mieux », le mardi 24 septembre. J'espère, monsieur le ministre, que vous avez consulté les communiqués de presse de ces services domiciliaires, massivement – massivement ! – présents aux côtés des établissements, et qui sont dans une situation catastrophique.

Nous sommes d'accord sur le principe du plan d'urgence, mais pas avec la manière dont il a été déployé l'année dernière. Si ces 100 millions d'euros devaient aller aux Ehpad, donnez-les-leur, mais abondez davantage pour les services !

M. le président. La parole est à Mme Monique Lubin, pour explication de vote.

Mme Monique Lubin. Les 100 millions d'euros, nous les prenons. Mais cela ne représente que 1 million d'euros par département... C'est peu.

À l'échelle de mon seul département des Landes, qui est loin d'être l'un des plus peuplés ou riches de France, nous consacrons, cette année, 8 millions d'euros de notre seul budget pour secourir les Ehpad. Ramenons les choses à leur juste proportion.

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. Paul Christophe, ministre. Ces interventions appellent une réponse un peu plus longue de ma part.

Ces deux amendements ont pour objet de déployer une aide exceptionnelle de 100 millions d'euros à destination des Ehpad. Je ne pense pas me tromper en disant qu'il reflète l'attention que porte votre assemblée, en particulier sa commission des affaires sociales, à la situation financière de ces structures d'accueil et, à travers elle, à l'accompagnement de tous leurs résidents.

Je salue le travail ayant abouti au rapport d'information de votre commission, avec l'implication particulière de M. le président Mouiller, de Mme la rapporteure pour l'autonomie Deseyne, et de Mmes les sénatrices Nadille et Souyris.

Vous savez que cette attention est aussi celle du Gouvernement, qui en a fait un élément central de ce PLFSS. En effet, désormais, les problématiques sont connues. Tout d'abord, les taux d'occupation n'ont pas retrouvé leur niveau d'avant la crise sanitaire, ce qui doit nous pousser, comme vous le recommandez, à transformer les Ehpad de manière que leurs activités se diversifient pour en faire des lieux de vie, de « bien vivre ». (*Mme Annie Le Houerou esquisse une moue dubitative.*) Nous aurons, plus que jamais, besoin de nos Ehpad dans les années à venir, parce que ceux-ci couvrent les besoins à hauteur de 90 %, d'où l'intérêt d'y porter une attention particulière.

La deuxième difficulté principale porte sur les tarifs d'hébergement en places habilitées à l'aide sociale à l'hébergement (ASH), qui n'ont pas toujours suivi l'inflation. Ainsi, plus de 50 % du financement des Ehpad ne dépend pas de la sécurité sociale, et c'est là où se trouvent les déficits. Je rappelle que les dotations des ARS ont augmenté de plus de 50 % depuis 2019, par comparaison.

Sur ce sujet, et grâce au travail mené par les parlementaires avec l'appui du Gouvernement et compte tenu de la loi Bien Vieillir, nous allons déployer à partir du 1^{er} janvier 2025 les tarifs différenciés dans un cadre national protecteur. J'ai demandé aux administrations de lancer des concertations pour une publication rapide des décrets nécessaires, sans doute au début de l'année 2025.

Enfin, la fusion des sections « soins » et « dépendance », que nous avons évoquée tout à l'heure, est un gage de simplification et d'une plus grande égalité de traitement de nos concitoyens sur tout le territoire. Elle permettra de faire converger vers le haut les financements consacrés à l'autonomie en Ehpad. Je remercie les vingt-trois départements qui se sont portés candidats à l'expérimentation aux côtés de l'État, expérimentation dont nous venons de valider la réduction du délai à deux ans.

Tout cela suppose cependant un temps de mise en œuvre, alors que les Ehpad doivent immédiatement retrouver des marges de manœuvre. C'est pourquoi j'ai déployé il y a moins d'un mois, comme vous le savez, une aide exceptionnelle de 100 millions d'euros, prise sur les crédits de fin de gestion 2024, à laquelle s'ajouteront ces 100 millions d'euros nouveaux au titre de l'année 2025, soit 100 + 100 millions d'euros.

Pour toutes ces raisons, je suis donc favorable à votre amendement, qui traduit une volonté commune. Je vous remercie particulièrement, monsieur le président Mouiller, madame la rapporteure, de votre investissement sur cette question.

Enfin, vous m'avez interrogé sur l'objectif global des dépenses (OGD). Il ne finance pas les services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad), parce que ces derniers ne relèvent pas du budget de la sécurité sociale, qui abonde, en revanche, les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad). Les Saad sont en effet financés par les départements, *via* les fonds de concours de la CNSA. D'où l'intérêt de ce que nous avons modifié tout à l'heure, pour accompagner les départements avec encore plus d'allant, en vue d'un financement des Saad amélioré.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 1386 rectifié et 1390.

(*Les amendements sont adoptés.*)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 21.

L'amendement n° 876 rectifié *ter*, présenté par M. Fichet, Mme Bonnefoy, MM. Fagnen, Montaugé, Redon-Sarrazy, Pla, Temal et Tissot, Mmes Le Houerou, Carlotti et Monier et MM. Bourgi, Ziane, Stanzone et P. Joly, est ainsi libellé :

Après l'article 21

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le premier alinéa de l'article L. 5232-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Les mots : « , y compris les dispositifs médicaux ou leurs accessoires, » sont remplacés par les mots : « ont pour mission exclusive d'installer et de mettre à disposition le matériel et les services » ;

2° Après le mot : « famille » , sont insérés les mots et le signe : « . Ils » .

La parole est à Mme Annie Le Houerou.

Mme Annie Le Houerou. Les prestataires de services et distributeurs de matériel (PSDM) assurent des fonctions logistiques pouvant associer des services. Ces professionnels ne sont pas astreints aux exigences applicables aux activités de soins telles qu'elles figurent dans le code de la santé publique, notamment à ses articles L. 6111-1 et suivants, qui permettent de garantir la qualité et la sécurité des soins apportés aux patients des établissements de santé.

Conformément à la distinction opérée par les cinquième et sixième parties du même code, cet amendement tend à encadrer et à clarifier les missions des PSDM, ce qui améliorerait la distinction entre ces dernières et les missions exercées par les personnes physiques et morales exerçant des activités de soins.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Chantal Deseyne, rapporteure. Les PSDM peuvent délivrer des prestations de nature très variée, de la simple livraison de matériel médical à domicile au télésuivi de l'observance du traitement.

Les dispositifs et les prestations associées sont pris en charge par l'assurance maladie. En 2018, dernier chiffre connu, cela représentait près de 6,4 milliards d'euros. Il apparaît donc justifié de contrôler cette profession. Selon un rapport de l'Igas datant de 2020, il convient de renforcer les garanties en matière de qualité, de bonnes pratiques et de bon usage des ressources pour améliorer la confiance dans le secteur.

En revanche, une trop forte restriction des missions des PSDM ne me semble pas souhaitable, car ils assurent des prestations très utiles aux personnes, plus encore dans le contexte du virage domiciliaire. C'est donc un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Paul Christophe, ministre. L'amendement est satisfait : avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 876 rectifié *ter*.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 1189 est présenté par le Gouvernement.

L'amendement n° 1231 est présenté par Mme Nadille, MM. Théophile, Iacovelli, Patriat, Buis et Buval, Mmes Cazebonne et Duranton, M. Fouassin, Mme Havet, MM. Kulimoetoke, Lemoyne, Lévrier, Omar Oili et Patient, Mme Phinera-Horth, M. Rambaud, Mme Ramia, M. Rohfritsch, Mme Schillinger et les membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 21

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

La première phrase du premier alinéa de l'article L. 133-4-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les mots : « pour une personne résidant dans un établissement mentionné aux I, II et IV *bis* de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles » sont remplacés par les mots : « pour des personnes accueillies dans les établissements mentionnés aux 2°, 3°, 5°, 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, ou pour des personnes prises en charge au sein des services mentionnés à l'article L. 313-1-3 du même code » ;

2° Les mots : « de l'article L. 314-2 du même code » sont remplacés par les mots : « des articles L. 314-1, L. 314-2, et L. 314-2-1 du même code ».

La parole est à M. le ministre, pour présenter l'amendement n° 1189.

M. Paul Christophe, ministre. C'est un amendement de couverture.

M. le président. La parole est à Mme Solanges Nadille, pour présenter l'amendement n° 1231.

Mme Solanges Nadille. Pour des raisons de simplification des démarches et, j'ose dire, de bon sens, cet amendement vise à faciliter le recours aux professionnels de santé libéraux au sein des ESSMS. Nous sommes nombreux à nous faire le relais de nos territoires, élus, professionnels et citoyens, quand ils sont confrontés à des non-sens administratifs, qui leur font souvent perdre du temps.

Dans la situation des ESSMS, le temps perdu est d'autant plus critique qu'il nuit à leur bon fonctionnement et entraîne éventuellement des conséquences sur la qualité du service rendu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. C'est une simplification, donc un avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 1189 et 1231.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 21.

Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 1090 rectifié *bis* est présenté par Mme Guidez.

L'amendement n° 1310 rectifié est présenté par le Gouvernement.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 21

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

« I. – Le III de l'article 9 de la loi n° XXX du XXX visant à améliorer le repérage et l'accompagnement des personnes présentant des troubles du neuro-développement et à favoriser le répit des proches aidants est ainsi modifié :

1° Après les mots : « en vigueur », sont insérés les mots : « au plus tard » ;

2° Les mots : « 1^{er} janvier 2025 » sont remplacés par les mots : « 1^{er} avril 2025 ».

II. – Au premier alinéa de l'article 53 de la loi n° 2018-727 du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance, les mots : « décembre 2024 » sont remplacés par les mots : « mars 2025 ».

III. – Les frais d'ingénierie et d'évaluation mentionnés à l'article 53 de la loi n° 2018-727 du 10 août 2018 pour un État au service d'une société de confiance sont financés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. »

La parole est à Mme Jocelyne Guidez, pour présenter l'amendement n° 1090 rectifié *bis*.

Mme Jocelyne Guidez. Dans le cadre de la loi du 15 novembre 2024 visant à améliorer le repérage et l'accompagnement des personnes présentant des troubles du neuro-développement et à favoriser le répit des proches aidants, ou loi TND, nous avons voté une disposition faisant du relayage, non plus une expérimentation, mais un mécanisme pérenne. L'article en question, l'article 9, est censé entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2025.

Il se trouve que le mois de juin a connu quelques rebondissements... De fait, la proposition de loi, qui avait été transmise au Sénat après examen par l'Assemblée nationale en mai dernier, n'a pas pu être examinée en seconde lecture par notre assemblée avant novembre pour une adoption définitive.

Or l'article 9 nécessite des décrets d'application, pour la rédaction desquels il reste donc peu de temps. Je vous propose donc de prévoir quelques mois de plus pour ce faire. À défaut, ce serait dangereux pour nos familles, puisqu'il n'y aurait plus d'expérimentation au 1^{er} janvier 2025, et pas encore de pérennisation.

Ainsi, l'amendement, d'une part, tend à décaler l'entrée en vigueur de l'article 9 de la loi TND au 1^{er} avril 2025, soit un report de trois mois au maximum, afin de préparer la généralisation du dispositif, d'expertiser les perspectives de pérennisation et de rédiger les textes d'application, en concertation avec l'ensemble des acteurs concernés.

D'autre part – ce qui est important –, il tend à prolonger jusqu'au 31 mars 2025 au plus tard l'expérimentation, pour permettre aux structures proposant déjà ces prestations de continuer à les mettre en œuvre en bénéficiant du soutien de la CNSA d'ici à la généralisation. *(Mme Nadia Sollogoub applaudit.)*

M. le président. La parole est à M. Paul Christophe, ministre, pour présenter l'amendement n° 1310 rectifié.

M. Paul Christophe, ministre. Je rejoins, avec cet amendement de couverture, les propos de la sénatrice Guidez. En effet, nous avons besoin de pérenniser le relayage prévu par la

loi TND, auquel nous sommes particulièrement attachés. Il nous fallait sécuriser la mise en œuvre de la pérennisation de ce dispositif grâce à ce léger décalage de temps qui nous permettra de rédiger les décrets en question.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. Il s'agit de prévenir les ruptures de prise en charge entre le vote de cette loi, il y a quelques semaines, et la publication des décrets. Nous veillerons, monsieur le ministre, à ce que cela ne dure pas trop. C'est un avis favorable.

M. le président. La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge, pour explication de vote.

Mme Raymonde Poncet Monge. Je me suis félicitée du vote de cette loi, car ces prestations de suppléance à domicile du proche aidant sont en expérimentation depuis cinq ans, tout de même. On a rarement vu une expérimentation ainsi prolongée à deux reprises... Je note qu'il s'agit d'un troisième allongement pour trois mois, comprenant bien le problème de calendrier.

Toujours est-il que cette expérimentation est en cours depuis longtemps. Pourquoi ? Vous avez raison, la CNSA a aidé les expérimentateurs, comme ce fut le cas à la métropole de Lyon. Mais à la généralisation, il faudra poser la question du modèle de financement de ce dispositif, ne serait-ce que pour le mettre en place, comme l'a fait la CNSA.

Il s'agit d'un outil de prévention, notamment de l'état d'épuisement de l'aidant. En 2017 – 2017! –, la députée Joëlle Huillier pointait déjà la nécessité de rendre le reste à charge du relai soutenable, afin que tous les aidants puissent en bénéficier. Elle insistait ainsi sur le besoin de proposer un système financièrement acceptable.

À l'aube de sa généralisation, monsieur le ministre, après cinq ans d'expérimentation, ce modèle a prouvé sa pertinence. Cependant, ce qui bloque son développement réside dans son aspect coûteux et difficile à financer.

Je vous alerte donc : puisque l'on vous donne trois mois de plus pour publier le décret, prévoyez aussi le mode de financement qui permettra un accompagnement, comme l'a fait la CNSA, mais surtout – surtout ! – de solvabiliser le reste à charge, véritable obstacle au baluchonnage, au relai, à la suppléance du proche aidant.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 1090 rectifié *bis* et 1310 rectifié.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 21.

L'amendement n° 235 rectifié, présenté par MM. Pla, Bouad et Bourgi, Mme Brossel, M. Cardon, Mme Carlotti, M. Chaillou, Mmes Conconne et Conway-Mouret, M. Fagnen, Mme Linkenheld, M. Michau, Mme Monier et MM. Redon-Sarrazy et Ziane, est ainsi libellé :

Après l'article 21

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant l'impact en matière de santé publique du sous-financement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes publics et les effets financiers pour les organismes de

sécurité sociales des solutions qu'il serait nécessaire de mettre en œuvre pour assurer une prise en charge satisfaisante et digne.

La parole est à Mme Catherine Conconne.

Mme Catherine Conconne. Cet amendement de mon collègue Sébastien Pla est une demande de rapport. Peut-être sera-t-il utile à la préparation de la future loi Grand Âge...

Il y a un grave problème de déficit chronique dans les Ehpad, avec des situations parfois extrêmement alarmantes. Continuera-t-on à ne pas voir ou à sous-estimer la réalité ? Mais des établissements dans l'embarras, ce sont aussi des personnes âgées en carence de soins ou alimentaire et en difficulté dans leur fin de vie.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. Nous avons remis au mois de septembre, avec mes collègues Anne Souyris et Solanges Nadille, notre rapport sur la situation des Ehpad.

Le sujet est très étayé, nous connaissons les causes des difficultés, notamment financières, des Ehpad. La situation du grand âge est elle aussi bien connue, et nous proposons des pistes de réflexion. Nous attendons toujours la loi Grand Âge, qui permettra d'apporter des réponses.

La commission des affaires sociales, constante, émet un avis défavorable sur cette demande de rapport.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Paul Christophe, ministre. La situation a été suffisamment documentée, notamment par le Sénat, très récemment, avec beaucoup d'à-propos. Il n'y a donc pas besoin d'un énième rapport. J'ai énoncé, tout à l'heure, un ensemble de mesures allant dans le sens de l'accompagnement financier des Ehpad, avec la transformation des financements et – j'y tiens beaucoup – de l'offre. Je me suis ainsi récemment exprimé, ici même, sur des lieux du « bien vivre » plutôt que du « bien vieillir ». Il s'agit de partir des besoins des territoires et d'agréger l'ensemble des financements disponibles pour progresser.

Avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 235 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 237 rectifié, présenté par M. Pla, Mme Lubin, MM. Bouad et Bourgi, Mme Brossel, M. Cardon, Mme Carlotti, M. Chaillou, Mmes Conconne et Conway-Mouret, MM. Fagnen et Michau, Mme Monier et MM. Redon-Sarrazy et Ziane, est ainsi libellé :

Après l'article 21

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, au plus tard un an après la promulgation de la présente loi, un rapport relatif à la prise en compte des effets de l'inflation sur la situation financière des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux en 2021, 2022, 2023 et 2024.

La parole est à Mme Monique Lubin.

Mme Monique Lubin. Cet amendement tend à établir très clairement, au niveau national, la réalité de la situation financière des ESSMS. Dans de très nombreux départements, en 2024, les dirigeants de ces établissements ont fait remonter

aux parlementaires les difficultés très concrètes auxquelles ils sont confrontés pour remplir leurs missions à l'égard des personnes prises en charge.

Les ESSMS ont ainsi eu à faire face à une inflation sans précédent depuis plus de quarante ans, qui pèse fortement sur leur situation financière et masque d'importantes disparités d'évolution des prix, notamment de l'énergie.

Aucune autre enveloppe n'a été accordée à cet effet dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale pour 2021, 2022 et 2023. Seul le PLFSS pour 2024 a intégré une progression de l'OGD du champ médico-social de 4 %. Aujourd'hui, les ESSMS ont toujours besoin d'une compensation de l'augmentation actuelle des prix.

De même, le taux d'évolution du tarif d'hébergement des Ehpad n'a pas été corrélé avec le taux d'inflation, et les tarifs plafonds des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) n'ont pas été revus à la hausse depuis quatre ans. Ces établissements – Ehpad, CHRS ou autres – sont également touchés par une augmentation des salaires et des charges salariales. Les établissements de santé et les ESSMS expriment une forte inquiétude face à la hausse du coût de la vie, qui pèse sur leur budget.

Le risque d'une dégradation accrue de leur situation financière conduit à demander une pleine compensation de l'inflation correspondant aux surcoûts qu'ils subissent.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. Je vous renvoie de nouveau aux travaux de la commission des affaires sociales. C'est un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Paul Christophe, ministre. C'est également un avis défavorable, pour les mêmes raisons.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 237 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 803, présenté par Mmes Poncet Monge et Souyris, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, M. Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

Après l'article 21

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, le Gouvernement transmet au Parlement un rapport d'évaluation de la mise en œuvre de l'article 62 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

Ce rapport évalue notamment la possibilité, d'instaurer une obligation, pour tout établissement d'hébergement pour personnes âgées défini au 6° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles, d'avoir un nombre minimal de places habilitées à l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées.

La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge.

Mme Raymonde Poncet Monge. Par cet amendement d'appel, nous demandons un rapport afin d'évaluer la pertinence et, surtout, la possibilité d'instaurer l'obligation, pour

tout établissement d'hébergement pour personnes âgées, y compris privé à but lucratif, d'avoir un nombre minimal de places habilitées à l'ASH des personnes âgées.

En effet, les personnes éligibles à l'ASH doivent pouvoir choisir partout un établissement qui dispose de places habilitées à les recevoir.

Or selon la Drees, dans une note de 2020, reprenant une enquête de 2015 – mais les choses ont peu changé depuis lors –, dans le secteur public, une grande majorité des Ehpad sont habilités à recevoir des bénéficiaires de l'ASH sur l'ensemble de leurs places, alors que ce n'est le cas que de 4 % des Ehpad privés à but lucratif. Surtout, près de 60 % des Ehpad privés à but lucratif n'ont aucune place habilitée à l'aide sociale.

In fine, selon Carole Bonnet et Roméo Fontaine, de l'Institut national d'études démographiques (Ined), seules 14 % des places installées dans le secteur à but lucratif sont habilitées, alors que dans les trois autres secteurs, la grande majorité l'est : 98 % dans le public hospitalier, 95 % dans le public non hospitalier et 81 % dans le privé à but non lucratif.

Dans le privé associatif, 91 % des établissements disposent de places habilitées, et trois Ehpad sur quatre sont habilités à l'aide sociale pour l'ensemble de leurs places. Monsieur le ministre, quand obligerons-nous enfin le secteur privé à but lucratif à proposer des places aux bénéficiaires de l'ASH ?

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. Avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Paul Christophe, ministre. C'est le même avis. C'est le département qui décide de l'habilitation à l'aide sociale. Puisque vous aimez les chiffres, je vous indique que le taux de couverture de ces places est de 73 %, bien au-delà des besoins identifiés. Je ne suis pas particulièrement certain qu'il y ait besoin d'en ajouter. *(Mme Raymonde Poncet Monge proteste.)*

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 803.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 804, présenté par Mmes Poncet Monge et Souyris, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, M. Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

Après l'article 21

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur l'application de l'article 48 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 et de l'article 42 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

Ce rapport porte sur les mesures de revalorisation prises dans le cadre du « Ségur de la santé » relatives aux salariés du secteur sanitaire, social et médico-social privé à but non lucratif pour l'année 2023.

Ce rapport identifie les sous-financements rencontrés par les établissements de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale privée à but non lucratif sur l'ensemble du territoire, dans le cadre de l'extension de la « prime Ségur » pour leurs salariés.

Il identifie également les acteurs n'ayant pas rempli leurs obligations de financement vis-à-vis de ces établissements et quantifie le montant de ce sous-financement.

La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge.

Mme Raymonde Poncet Monge. Je ne sais pas si j'aime les chiffres, comme vous le dites, mais une moyenne et une répartition entre les établissements de différents statuts sont deux choses différentes.

Par cet amendement, nous demandons un rapport sur la situation des ESSMS privés à but non lucratif, concernant le sous-financement qu'ils subissent dans le cadre de l'octroi de la prime Ségur pour leurs salariés.

Les treize fédérations présentes lors du jour « Les vieux méritent mieux » estimaient les besoins immédiats à 1,1 milliard d'euros, pour que les établissements et les services sortent, simplement, la tête de l'eau. Cela aussi, c'est un chiffre.

Nous souhaitons ainsi alerter sur les nombreuses inquiétudes des ESSMS privés à but non lucratif concernant l'attribution des primes Ségur et Laforcade et des mesures salariales de la Conférence des métiers. En effet, nombreux sont les organismes gestionnaires demandant une réévaluation de leur dotation annuelle en raison d'une sous-évaluation des besoins de financement de la prime Ségur.

Les différentes enquêtes et remontées des structures sont sans appel : les primes Ségur et apparentées sont durablement sous-compensées par les financeurs du secteur, constituant l'une des premières causes du déficit desdites structures, avec l'inflation énergétique. Plusieurs financeurs ont d'ailleurs manifesté leur incapacité à compenser les organismes gestionnaires associatifs, faute de moyens octroyés par l'État.

Face à cette situation très inquiétante pour l'équilibre financier de ces employeurs, nous estimons nécessaire que le Gouvernement dresse un état des lieux, par le biais d'un rapport, des difficultés rencontrées par ces établissements, en chiffrant les sous-financements de ces mesures salariales. Cet état des lieux devra également identifier les financeurs n'ayant pas encore respecté leurs obligations.

Cet amendement a été travaillé en collaboration avec Nexem, l'une des organisations professionnelles représentant les employeurs de ces secteurs.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. Il est vrai qu'il serait intéressant de connaître les effets des mesures de revalorisation qui ont été prises ces dernières années, mais nous savons que la problématique de l'attractivité des métiers répond à des enjeux plus larges encore.

Le rapport que vous demandez porterait également sur les revalorisations qui n'ont pas été compensées par l'État dans le secteur privé à but non lucratif. Cette situation pose en effet problème dans beaucoup de départements, mais il s'agit d'une problématique bien identifiée de tous les acteurs.

Avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Paul Christophe, ministre. Vous souhaiteriez que le Gouvernement produise un rapport sur la compensation aux établissements des coûts liés à la prime Ségur ainsi qu'à ses extensions successives.

Les revalorisations décidées dans le cadre du Ségur de la santé et de ses suites représentent un effort historique, à hauteur de 11 milliards d'euros dans l'Ondam depuis 2020 – 11 milliards d'euros ! Elles bénéficient à un nombre très important de professionnels du secteur sanitaire et médico-social.

Ce montant a été calculé à partir de données statistiques robustes et intègre différents paramètres pour évaluer les compensations aussi précisément que possible, notamment les effets liés aux allègements généraux. Le versement par les ARS aux établissements a été réalisé sur la base de différents critères afin d'objectiver l'allocation des enveloppes.

Concernant les établissements médico-sociaux, la sécurité sociale a déployé les financements nécessaires à un accord visant des catégories de personnel qui n'ont pas perçu le Ségur les années précédentes. Cet accord, signé le 4 juin 2024, a été validé par les organismes que vous avez cités. Une enveloppe de 300 millions d'euros a ainsi été allouée aux établissements médico-sociaux dès cette année.

Le travail a donc été fait par l'État pour ce qui concerne l'OGD, la sécurité sociale, les ESSMS et la branche autonomie. Les 300 millions d'euros ont été délégués auprès des ARS.

Pour le reste, je vous invite à consulter le rapport remis au Parlement par le Gouvernement, en application de l'article 83 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023. Vous pouvez également vous rapporter aux éléments d'information sur les coûts des revalorisations qui figurent dans les annexes du PLFSS.

Au regard de ces éléments, la remise d'un nouveau rapport ne me semble pas nécessaire. Avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 804.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 805, présenté par Mmes Poncet Monge et Souyris, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, M. Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

Après l'article 21

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur le coût de l'uniformisation et de l'extension des dispositifs « Ségur » et « Laforcade » à toutes les fonctions publiques exerçant au sein d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux ainsi qu'aux accords collectifs de transposition de ce dispositif dans le secteur privé.

La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge.

Mme Raymonde Poncet Monge. Certaines primes ont été sous-compensées, on l'a dit, mais d'autres ont purement et simplement exclu certains professionnels !

Cet amendement d'appel et d'alerte, qui consiste en une demande de rapport – nous ne pouvons faire autrement –, vise à envisager la généralisation et l'extension des dispositifs Ségur et Laforcade à « toutes les fonctions publiques exerçant leur activité au sein d'établissements et de services sociaux et médico-sociaux ainsi qu'aux accords collectifs de transposition de ce dispositif dans le secteur privé » associatif.

En effet, les Saad et les services autonomie à domicile (SAD), qui relèvent de la convention collective nationale de la branche associative de l'aide à domicile, sont exclus de la mesure Ségur. Cette situation a été à l'origine d'une crise aiguë du recrutement et de fidélisation des professionnels, provoquant l'impossibilité de répondre aux nouvelles demandes et faisant chuter le taux d'effectivité des plans d'aide.

Avant la prime Ségur, grâce à l'avenant 43, les rémunérations étaient enfin alignées entre secteurs et conventions collectives.

Mais ensuite, sous prétexte de ne pas cumuler le bénéfice de l'avenant 43 et le dispositif Ségur, les Saad, les Ssiad et les services polyvalents d'aide et de soins à domicile (Spasad) de la branche associative de l'aide à domicile se sont trouvés une nouvelle fois victimes d'une importante différence de traitement par rapport aux autres ESSMS. L'égalité de traitement aura été de courte durée...

On constate ainsi un écart important. La différence atteint 300 euros par mois pour un professionnel sans diplôme à l'embauche et 176 euros pour une aide-soignante. Il était nécessaire de renforcer l'attractivité des emplois dans les Ehpad par la prime Ségur, là n'est pas la question. Mais le secteur de l'aide à domicile a été déstabilisé par ce différentiel. Ainsi, la pénurie a simplement été déplacée d'un secteur à l'autre ! Il est temps de cesser cette mise en concurrence des conventions collectives et des secteurs.

M. le président. Ma chère collègue, il faut conclure.

Mme Raymonde Poncet Monge. Monsieur le ministre, je vous invite à regarder de plus près cette branche.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. Certains professionnels ont été exclus des dispositifs que vous mentionnez. Pour autant, il ne faudrait pas occulter les efforts financiers qui ont été consentis dans le cadre de ces revalorisations salariales.

Bien entendu, le renforcement de l'attractivité des métiers passe par l'augmentation des salaires, mais il nécessitera aussi une réforme plus globale et structurelle du champ de l'autonomie, en particulier sur la formation.

Pour ces raisons, l'avis est défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Paul Christophe, ministre. Pour les mêmes raisons, avis défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Annie Le Houerou, pour explication de vote.

Mme Annie Le Houerou. Je m'associe à cette alerte. Il y a une différence de traitement entre des professionnels qui font exactement le même métier. Certains bénéficient du Ségur et d'autres non, notamment dans les établissements privés à but non lucratif. Cette concurrence n'est pas acceptable.

Monsieur le ministre, je vous invite à porter une attention très particulière à ces établissements, pour qu'il n'y ait plus d'exclus du Ségur. Les précédents gouvernements ont

progressivement couvert ces différences de traitement. Il faut finir le travail, pour que l'ensemble des professionnels de soins intervenant auprès des personnes âgées bénéficient des mêmes conditions de rémunération.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 805.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 806, présenté par Mmes Poncet Monge et Souyris, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, M. Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

Après l'article 21

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation sur la mise en œuvre de l'article 13 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 et définissant les étapes de la création d'une prestation unique de l'autonomie, faisant converger la prestation de compensation du handicap et l'allocation personnalisée d'autonomie.

La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge.

Mme Raymonde Poncet Monge. Par cet amendement, nous souhaitons qu'une étude définisse les étapes de la création d'une prestation unique de l'autonomie, faisant converger la PCH et l'APA.

La branche autonomie de la sécurité sociale a été créée pour sécuriser le financement des aides à l'autonomie et renforcer l'équité d'accès à ces prestations des personnes âgées ou en situation de handicap.

Nous sommes favorables à une convergence des dispositifs, quels que soient les publics – personnes âgées ou en situation de handicap.

À l'occasion de l'examen récent de la proposition de loi pour améliorer la prise en charge de la sclérose latérale amyotrophique, dite maladie de Charcot, et d'autres maladies évolutives graves, adoptée à l'unanimité au Sénat, nous avons constaté que, lorsque le diagnostic intervient au-delà de 60 ans, la personne atteinte de la maladie ne peut pas bénéficier de la PCH. Elle est allocataire de l'APA, qui est loin de répondre à ses besoins et à ses attentes, compte tenu de sa perte d'autonomie.

Certes, la proposition de loi précitée permettra aux personnes de plus de 60 ans de bénéficier de la PCH pour les maladies évolutives graves, mais ce ne sera pas le cas pour d'autres affections. Or nous n'allons pas rédiger une nouvelle proposition de loi s'appliquant à chaque maladie !

Cette différence de traitement a des répercussions directes sur les conditions de vie, car le reste à charge est plus important dans le cadre de l'APA que dans celui de la PCH. Surtout, l'APA est une enveloppe fermée.

C'est pourquoi, plutôt qu'une résolution au cas par cas, il est temps d'étudier la feuille de route et le coût pour une prestation unique au sein de la branche autonomie. Monsieur le ministre, je vous invite à lancer ce chantier.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. Nous connaissons une inflation des demandes de rapport. Les services des ministères seront bientôt contraints à consacrer tout leur temps de travail à leur rédaction! (*Mme Annie Le Houerou proteste.*)

Avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement?

M. Paul Christophe, ministre. Vous proposez que le Gouvernement remette au Parlement un rapport définissant les étapes de création d'une prestation unique de l'autonomie, sans la barrière d'âge qui fonde aujourd'hui la distinction entre la PCH et l'APA.

Une certaine convergence a été opérée entre l'APA et la PCH ces dernières années. Un tarif minimal commun s'applique ainsi désormais au financement des prestations fournies par les SAD.

Je rappelle également que leur contrôle d'effectivité s'effectue depuis cette année par référence à une période identique de six mois.

La limite d'âge, en revanche, a été maintenue. Pour bénéficier de la PCH, il faut avoir eu une condition de handicap avant 60 ans, à l'exception des personnes qui exercent une activité professionnelle au-delà de cet âge.

L'APA présente des différences avec la PCH, notamment un plafonnement des plans d'aide en fonction du degré de perte d'autonomie et une participation personnelle fixée en tenant compte des ressources du bénéficiaire.

La PCH répond davantage aux besoins d'accompagnement de parcours de vie touchés plus précocement par la maladie ou le handicap, avec des enjeux d'inclusion et de difficultés dans la carrière professionnelle, qui se posent généralement en des termes différents.

J'entends que, dans certains cas, cette distinction puisse être remise en question. Vous l'avez rappelé, votre assemblée a récemment voté à l'unanimité une proposition de loi qui revient précisément sur cette barrière dans le cas spécifique de la maladie de Charcot. Je l'ai dit devant vous à cette occasion, je ne peux que comprendre cette ambition de convergence face à de telles situations. Mais si l'on fait preuve de responsabilité, on ne peut que reconnaître qu'une suppression de l'APA au profit de la PCH pour tous – personne n'imagine en effet réduire le montant de cette prestation – ne serait absolument pas soutenable financièrement, en particulier pour les départements.

Un rapport de l'Igas de 2016 sur les évolutions de la PCH a rappelé le débat théorique sur la légitimité même de la fusion des deux prestations. La situation est différente entre les personnes âgées en perte d'autonomie et les personnes dont l'ensemble du parcours de vie a été affecté par le handicap, y compris en matière de revenus.

Pourrait-on ainsi justifier l'absence de participation financière des personnes âgées restant à domicile, alors que leur situation patrimoniale et leur revenu n'ont, le plus souvent, rien à voir?

Le rapport de la concertation Grand Âge et autonomie, remis par Dominique Libault en 2019, et le rapport de l'Igas de 2023 sur les défis de la politique domiciliaire n'ont ainsi pas remis en cause le principe de la distinction entre ces deux prestations. Ils ont en revanche interrogé la pertinence de la barrière d'âge à 60 ans, qui, depuis lors, a fait l'objet d'aménagements visant à prendre en compte la hausse de l'espérance de vie. Il s'agissait, d'une part, de conforter

l'assouplissement de cette barrière pour les personnes exerçant une activité professionnelle au-delà de 60 ans, et, d'autre part, de supprimer la barrière de 75 ans, au-delà de laquelle il n'est pas possible de demander la PCH, y compris pour une cause apparue avant 60 ans.

Pour ces raisons, il ne me semble pas pertinent de réaliser un nouveau rapport sur cette question. Je suis donc défavorable à votre amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 806.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 1215, présenté par M. Gillé et Mmes Poumirol et Harribey, est ainsi libellé:

Après l'article 21

Insérer un article additionnel ainsi rédigé:

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur l'application de l'article 24 de la loi n° 2023-270 du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023. Ce rapport établira le nombre de sapeurs-pompiers volontaires bénéficiant de la réforme et les conséquences financières de cette réforme sur les finances publiques.

La parole est à Mme Émilienne Poumirol.

Mme Émilienne Poumirol. Vous l'avez compris, la demande de rapport est avant tout une astuce pour mettre en avant un sujet dont nous souhaiterions discuter.

En l'occurrence, cette demande entre davantage dans le champ de compétences du ministre de l'intérieur, mais elle est l'occasion de parler de la retraite des sapeurs-pompiers volontaires.

La loi du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 prévoyait une bonification de retraite aux assurés ayant accompli au moins dix années de service, continues ou non, en qualité de sapeur-pompier volontaire.

Cela fait dix-huit mois que nous attendons le décret d'application de cette mesure.

Les sapeurs-pompiers volontaires, dont nous sommes si prompts à louer l'action, sont le pilier de notre sécurité civile. Ils représentent 80 % des effectifs des sapeurs-pompiers en France. Ils ont besoin de notre reconnaissance, au-delà des discours à l'occasion des fêtes de la Sainte-Barbe! Et cela doit passer par la bonification de leurs trimestres de retraite.

Rappelez donc au ministre de l'intérieur que nous attendons tous impatiemment la publication de ce décret.

M. le président. Quel est l'avis de la commission?

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. Par cet amendement, vous souhaitez interpeller le Gouvernement, ce que vous avez précisément fait à l'instant! Votre demande de rapport n'est donc pas justifiée, même si nous reconnaissons l'importance de cette question. La commission a émis un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement?

M. Paul Christophe, ministre. Madame la sénatrice, j'ai bien compris qu'il s'agissait de nous interpeller, quelques jours avant les fêtes de la Sainte-Barbe.

J'ai moi-même soutenu la loi du 14 avril 2023 qui entérine ces dispositions. Aussi, je suis bien évidemment attentif à la rapide publication des décrets qui doivent être soumis au Conseil d'État. En tout cas, il ne s'agit pas de remettre en cause ces dispositions.

Nous ne sommes là que depuis deux mois, et nous reprenons progressivement les dossiers en souffrance. (*Mmes Annie Le Houerou et Émilienne Poumirol s'exclament.*) Celui-ci en fait partie, mais sachez que j'y suis très attaché. Je vous remercie de m'avoir interpellé sur ce point.

Avis défavorable.

Mme Émilienne Poumirol. On compte sur vous !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1215.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 1283 rectifié, présenté par Mme Nadille, MM. Lemoyne, Buis et Buval et Mmes Schillinger et Duranton, est ainsi libellé :

Après l'article 21

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Avant le 1^{er} janvier 2026, le Gouvernement remet un rapport sur les financements consacrés à la transition écologique au sein des établissements sociaux et médico-sociaux.

La parole est à Mme Solanges Nadille.

Mme Solanges Nadille. Avec votre permission, monsieur le président, je présenterai concomitamment l'amendement n° 1287, qui suit immédiatement, l'un et l'autre visant à appliquer les recommandations du rapport d'information de la commission des affaires sociales sur la situation des Ehpad.

M. le président. J'appelle donc également en discussion l'amendement n° 1287, présenté par Mme Nadille, et ainsi libellé :

Après l'article 21

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Avant le 30 juin 2025, le Gouvernement remet au Parlement un rapport précisant les différences de coûts salariaux entre les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes publics et privés et sur l'opportunité de tendre vers des modalités de financement neutralisant une éventuelle différence de traitement socio-fiscal entre catégories juridiques d'établissements. Il vise également à documenter l'évaluation prévue à l'article 79 de la loi n° 2023-1250 de financement de la sécurité sociale pour 2024.

Veuillez poursuivre, ma chère collègue.

Mme Solanges Nadille. L'amendement n° 1283 rectifié vise à demander la publication d'un rapport annuel sur les dépenses de l'Ondam allouées à la transition écologique. Cela permettrait une meilleure transparence et un suivi accru des investissements réalisés pour réduire l'impact environnemental des établissements sociaux et médico-sociaux.

Les auteurs du rapport sénatorial sur la situation des Ehpad, publié en septembre 2024, proposent un grand plan de modernisation des Ehpad, notamment pour adapter ceux-ci au défi de la transition écologique.

La publication d'un rapport annuel sur les dépenses de l'Ondam allouées à la transition écologique serait un préalable utile.

J'en viens à l'amendement n° 1287.

En fonction de leur statut, les Ehpad acquittent des charges sociales et fiscales sur les salaires qui diffèrent. Notamment, les établissements privés, commerciaux ou non lucratifs, bénéficient d'allègements de charges, alors que ce n'est pas le cas des établissements de statut public.

Par cet amendement, nous demandons la remise d'un rapport visant à identifier les différents régimes applicables en matière de taxe sur les salaires et de cotisations sociales dans les Ehpad en fonction de leur statut. Il proposera des solutions pour mettre fin aux différences entre les régimes, au travers notamment de nouvelles modalités de financement.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces deux amendements ?

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. Le rapport de la commission sur la situation des Ehpad revient sur la question de la transition écologique dans les établissements.

Ce sujet a en effet un impact financier sur les établissements, en raison des dépenses d'énergie. Par ailleurs, il entre en jeu dans le confort et le bien-être des résidents.

Néanmoins, notre commission n'est pas favorable aux demandes de rapport. J'émet donc un avis défavorable sur l'amendement n° 1283 rectifié. Pour autant, nous restons attentifs à ce sujet.

Le sujet des différences de coûts salariaux entre les secteurs public et privé, dont il est question à l'amendement n° 1287, revient presque chaque année en commission des affaires sociales. Les acteurs publics, en particulier, dénoncent cette distorsion.

Il ne me semble pas, néanmoins, que ce sujet, par ailleurs déjà bien documenté, doive faire l'objet d'un rapport. Avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Paul Christophe, ministre. Dans le cadre du Ségur, le soutien à l'investissement immobilier a permis de créer, de rénover ou de transformer des établissements médico-sociaux – Ehpad, résidences autonomie, habitat inclusif et autres solutions pour l'accompagnement de la perte d'autonomie. Près de 1 milliard d'euros y sont consacrés et sont toujours en cours de déploiement sur le terrain.

En outre, ce PLFSS prévoit, pour 2025, une nouvelle enveloppe de 140 millions d'euros d'investissements supplémentaires à destination des projets prêts à sortir de terre dans les Ehpad qui ont besoin de rénovation, dans une démarche d'isolation et de moindre consommation d'énergie.

Enfin, pour aider les établissements à réduire leur empreinte carbone et à s'inscrire dans le dispositif Éco-énergie tertiaire, nous finançons des postes de conseiller en transition énergétique et écologique en santé (CTEES). Jusqu'à présent, l'action de ces professionnels a permis de faire baisser de 13 % en moyenne les consommations énergétiques des établissements suivis.

Enfin, le PLFSS pour 2025 contient une nouvelle aide de 100 millions d'euros destinée à la mobilité des aides à domicile. En lien avec les départements, je m'assurerai que cette enveloppe favorise le déploiement de flottes de véhicules

propres. En effet, les aides à domicile se déplacent beaucoup : autant que ce soit avec les moyens les plus écologiques possible !

Enfin, la CNSA réalise un travail important sur la décarbonation de la branche autonomie en essayant d'intégrer les enjeux liés à l'alimentation. Elle a ainsi produit cet été un rapport public sur le sujet et travaille notamment avec *The Shift Project*.

Pour toutes ces raisons, il ne semble pas utile de produire un nouveau rapport. Demande de retrait, ou avis défavorable sur l'amendement n° 1283 rectifié.

Concernant l'amendement n° 1287, il me semble intéressant de mesurer l'impact du différentiel des charges sur la situation financière de ces établissements.

Le Gouvernement s'engage à faire cet état des lieux en 2025, indépendamment de la remise d'un rapport au Parlement. Avis de sagesse.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1283 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1287.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Article 22

- ① I. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- ② A. – L'article L. 321-5 est ainsi modifié :
- ③ 1° Le cinquième alinéa est supprimé ;
- ④ 2° Le onzième alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :
- ⑤ « Le statut de collaborateur du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ne peut être occupé, y compris de façon interrompue, que pendant une durée totale qui ne peut excéder cinq ans.
- ⑥ « Pour les personnes exerçant au 1^{er} janvier 2022 une activité professionnelle sous le statut de collaborateur, la durée de cinq ans mentionnée au dixième alinéa du présent article s'apprécie au regard des seules périodes postérieures à cette date. Toutefois, si ces mêmes personnes atteignent l'âge prévu au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale avant le 1^{er} janvier 2032, cette même durée peut être prolongée jusqu'à la liquidation de leurs droits à pension. » ;
- ⑦ B. – À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 718-2-1, les mots : « L. 732-18, pour les conjoints et les membres de la famille des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricoles mentionnés à l'article L. 732-34 du présent code, ainsi que pour les conjoints ayant opté pour la qualité de conjoint collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricoles mentionnés à l'article L. 321-5 du même » sont remplacés par les mots : « L. 161-17-2 du code de la sécurité sociale et pour les collaborateurs d'exploitation et d'entreprise agricole, les aides familiaux et les associés d'exploitation mentionnés à l'article L. 722-15 du présent » ;
- ⑧ C. – La sous-section 1 de la section 1 du chapitre II du titre II du livre VII est complétée par des articles L. 722-7-1 et L. 722-7-2 ainsi rédigés :
- ⑨ « Art. L. 722-7-1. – Le preneur et le bailleur des biens ruraux faisant l'objet de baux à métayage sont considérés comme des chefs d'exploitation, le premier sous réserve qu'il ne soit pas assujéti au régime des assurances sociales des salariés agricoles, le second sous réserve de l'application de l'article L. 171-6-1 du code de la sécurité sociale.
- ⑩ « Art. L. 722-7-2. – Le régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles est également applicable, dans les cas mentionnés à la sous-section 2 de la présente section, aux aides familiaux, entendus comme les ascendants, les descendants, les frères, les sœurs et les alliés au même degré du chef d'exploitation ou d'entreprise ou de son conjoint, âgés de plus de seize ans, vivant sur l'exploitation ou sur l'entreprise et participant à sa mise en valeur comme non-salariés.
- ⑪ « Cette qualité ne peut être conservée, y compris de façon interrompue, que pendant une durée totale qui ne peut excéder cinq ans. Au terme d'une telle durée, les personnes mentionnées au premier alinéa sont tenues d'opter pour le statut de salarié ou de chef d'exploitation ou d'entreprise agricole.
- ⑫ « Lorsqu'ils ne justifient pas de leur affiliation à un régime légal ou réglementaire de retraite en raison de l'exercice d'une activité professionnelle personnelle, qu'ils ne sont pas atteints d'une incapacité absolue de travail et qu'ils ne sont pas bénéficiaires des dispositions des titres III et IV du livre II ou du titre IV du livre III du code de l'action sociale et des familles, les membres de famille, énumérés au premier alinéa, qui vivent sur l'exploitation sont, sauf preuve contraire, présumés remplir la condition de mise en valeur mentionnée au même premier alinéa. » ;
- ⑬ D. – L'article L. 722-10 est ainsi modifié :
- ⑭ 1° À la fin de la seconde phrase du second alinéa du 1° et du 3°, les mots : « prévue à l'article L. 732-18 » sont remplacés par les mots : « de base du régime institué au présent chapitre » ;
- ⑮ 2° Au premier alinéa du 2°, le mot : « et » est remplacé par les mots : « , définis à l'article L. 722-7-2, et aux » ;
- ⑯ 3° Les deux derniers alinéas du même 2° sont supprimés ;
- ⑰ 4° Le 3° est complété par les mots : « , dans sa rédaction antérieure à la loi n° ... du ... de financement de la sécurité sociale pour 2025 » ;
- ⑱ E. – L'article L. 722-15 est complété par les mots : « , aux collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole mentionnés à l'article L. 321-5 ainsi qu'aux aides familiaux et aux associés d'exploitation mentionnés au 2° de l'article L. 722-10 » ;
- ⑲ F. – L'article L. 722-16 est abrogé ;
- ⑳ G. – L'article L. 722-17 est ainsi modifié :
- ㉑ 1° Au premier alinéa, les mots : « à l'article L. 732-25 » sont remplacés par les mots : « au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale » ;
- ㉒ 2° Au deuxième alinéa, après la référence : « L. 321-5 », sont insérés les mots : « du présent code » ;
- ㉓ H. – Au premier alinéa de l'article L. 722-18, les mots : « L. 732-52 à » sont remplacés par les mots : « L. 732-52 et » ;

- ②4 I. – L'article L. 727-1 est abrogé;
- ②5 J. – À la fin du 7° *bis* de l'article L. 731-3, la référence: « L. 732-18- 3 » est remplacée par les mots: « L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale »;
- ②6 K. – Au 1° de l'article L. 731-39, les mots: « la pension de retraite mentionnée à l'article L. 732-18 et les titulaires de la retraite forfaitaire accordée en vertu de l'article L. 732-34, » sont remplacés par le mot: « retraites »;
- ②7 L. – La section 3 du chapitre II du titre III du livre VII est ainsi modifiée:
- ②8 1° Les articles L. 732-17- 1 et L. 732-18 sont abrogés;
- ②9 2° Au début, il est ajouté un article L. 732-18 ainsi rétabli:
- ③0 « Art. L. 732-18. – Sous réserve de la présente section et des adaptations nécessaires prises par voie réglementaire, les prestations d'assurance vieillesse de base et de veuvage dont bénéficient les personnes non salariées des professions agricoles mentionnées à l'article L. 722-15 sont calculées, liquidées et servies dans les conditions définies aux chapitres I^{er} à IV, VI et VIII du titre V du livre III du code de la sécurité sociale, exception faite des articles L. 351-10 et L. 351-10- 1 et du 3° du I de l'article L. 351-14- 1 du même code.
- ③1 « Pour l'application du premier alinéa du présent article, les mots: "salaire annuel de base" sont remplacés par les mots: "revenu annuel moyen" et, sauf en ce qui concerne les articles L. 351-6-1, L. 351-14 et L. 351-17 du code de la sécurité sociale, les mots: "régime général" et: "régime général de sécurité sociale" sont remplacés par les mots: "régime des non-salariés des professions agricoles".
- ③2 « Pour l'application du I de l'article L. 351-1-4 du même code, les références aux articles L. 411-1 et L. 461-1 dudit code sont remplacées respectivement par les références au premier et au second alinéas de l'article L. 752-2 du présent code. »;
- ③3 3° L'intitulé de la sous-section 1 est ainsi rédigé: « Ouverture du droit, liquidation et calcul des pensions de retraite »;
- ③4 4° L'intitulé du paragraphe 1 de la même sous-section 1 est ainsi rédigé: « Conditions d'âge »;
- ③5 5° Les articles L. 732-18- 1 à L. 732-18- 4 et L. 732-20 à L. 732-22 sont abrogés;
- ③6 6° L'article L. 732-19 devient l'article L. 732-36 et est ainsi modifié:
- ③7 a) À la fin du premier alinéa, les mots: « la pension de retraite mentionnée à l'article L. 732-18 dans les conditions prévues à la présente sous-section » sont remplacés par les mots: « les avantages vieillesse du régime institué par le présent chapitre »;
- ③8 b) À la fin du dernier alinéa, les mots: « au paragraphe 4 de la présente sous-section » sont remplacés par les mots: « à la sous-section 5 de la présente section »;
- ③9 7° La division « Paragraphe 2: Pension de retraite » de la sous-section 1 est supprimée;
- ④0 8° Le paragraphe 2 de la sous-section 1 est ainsi rétabli:
- ④1 « *Paragraphe 2*
- ④2 « *Périodes d'assurance, périodes équivalentes et périodes assimilées*
- ④3 « Art. L. 732-20. – Les conditions dans lesquelles peuvent être retenues, pour la détermination de la durée d'assurance, les cotisations versées avant le 1^{er} janvier 2016 sont déterminées par décret en Conseil d'État.
- ④4 « Un décret détermine les conditions dans lesquelles sont validées les périodes comprises entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2025 au cours desquelles les personnes mentionnées au *b* du 2° de l'article L. 731-42, dans sa rédaction antérieure à la loi n° ... du ... de financement de la sécurité sociale pour 2025, ont acquitté les cotisations mentionnées au même *b*.
- ④5 « Art. L. 732-21. – Sont prises en considération en vue de l'ouverture du droit à pension, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État:
- ④6 « 1° Les périodes d'interruption d'activité résultant de maladie, de maternité ou d'infirmité graves empêchant toute activité professionnelle;
- ④7 « 2° Les périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié de l'allocation mentionnée à l'article L. 5424-25 du code du travail.
- ④8 « Art. L. 732-23. – Les 2°, 3° et 7° à 9° de l'article L. 351-3 et l'article L. 351-5 du code de la sécurité sociale ne sont pas applicables à la détermination de la durée d'assurance, ni le 4° de l'article L. 351-8 du même code pour le bénéficiaire du taux plein dans le régime des non-salariés des professions agricoles. »;
- ④9 9° Les articles L. 732-24 à L. 732-34 sont abrogés;
- ⑤0 10° Les divisions « Paragraphe 3: Pension de réversion », « Paragraphe 4: Assurance volontaire vieillesse » et « Paragraphe 5: Majoration des retraites » de la sous-section 1 sont supprimées;
- ⑤1 11° Après le paragraphe 2 de la sous-section 1, tel qu'il résulte du 8° du présent L, sont rétablis un paragraphe 3 intitulé: « Pension pour inaptitude » et un paragraphe 4 intitulé: « Dispositions propres à certaines catégories d'assurés »;
- ⑤2 12° Le paragraphe 5 de la sous-section 1 est ainsi rétabli:
- ⑤3 « *Paragraphe 5*
- ⑤4 « *Taux et montant de la pension*
- ⑤5 « Art. L. 732-24. – I. – Pour les personnes ayant été affiliées au régime institué par le présent titre avant le 1^{er} janvier 2016, le montant de la pension mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale auquel se réfère l'article L. 732-18 du présent code cumule:
- ⑤6 « 1° Un montant calculé dans les conditions prévues par ces dispositions sur les bases des seuls revenus des années à compter du 1^{er} janvier 2016.
- ⑤7 « Pour les assurés dont les cotisations mentionnées au 1° de l'article L. 731-42, dans sa rédaction antérieure à la loi n° ... du ... de financement de la sécurité sociale pour 2025, dont ils ont été redevables au titre des années comprises entre 2016 et 2025 ont été portées à leur valeur minimale, les revenus pris en compte pour l'application du premier alinéa du présent 1° sont égaux au rapport entre les montants totaux des cotisations qu'ils

ont acquittées au titre de l'assurance vieillesse de base et les taux de cotisations en vigueur pour l'année considérée ;

58 « 2° La réunion :

59 « a) D'une part dont le montant, attribué pour une durée de cotisation, en application du 1° de l'article L. 731-42 dans sa rédaction antérieure à la loi n° ... du ... précitée, au titre des périodes d'assurance antérieures au 1^{er} janvier 2016, au moins égale à la limite prévue au troisième alinéa de l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale, est fixé par décret.

60 « Lorsque cette durée d'assurance est inférieure à cette limite, le montant de cette part forfaitaire est ajusté à due concurrence ;

61 « b) D'une part calculée en fonction des montants, majorés au titre des périodes mentionnées au 1° de l'article L. 732-21 du présent code, des cotisations acquittées, en application du 2° de l'article L. 731-42 dans sa rédaction antérieure à la loi n° ... du ... précitée, au titre des périodes d'assurance antérieures au 1^{er} janvier 2016, en retenant un nombre d'années sélectionnées dans des conditions fixées par voie réglementaire.

62 « II. – Pour les assurés qui ne justifient, ni dans le régime institué par le présent chapitre ni dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes au moins égale à la durée mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale, un coefficient de minoration est appliqué aux montants prévus au 2° du I du présent article. Ce coefficient n'est pas applicable aux assurés mentionnés à l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale, sous réserve de l'exclusion prévue à l'article L. 732-23 du présent code, ou qui ont liquidé leur pension en application de l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale.

63 « III. – Le montant prévu au I du présent article ne peut excéder la moitié du plafond prévu à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale.

64 « IV. – Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. » ;

65 13° Après le paragraphe 5 de la sous-section 1, tel qu'il résulte du 12° du présent L, sont insérés un paragraphe 6 intitulé : « Majorations pour enfants – Majorations pour conjoint à charge – Autres majorations », un paragraphe 7 intitulé : « Liquidation et entrée en jouissance » et un paragraphe 8 intitulé : « Rachat » et comprenant les articles L. 732-35 et L. 732-35- 1 ;

66 14° L'article L. 732-35 est ainsi modifié :

67 a) Les trois premiers alinéas du I sont supprimés ;

68 b) À la première phrase du dernier alinéa du même I, les mots : « mentionnées au premier alinéa du présent I » sont remplacés par les mots : « ayant opté pour le statut de collaborateur d'exploitation ou d'entreprise mentionné à l'article L. 321-5 », après la référence : « L. 731-42 », sont insérés les mots : « , dans leur rédaction antérieure à la loi n° ... du ... de financement de la sécurité sociale pour 2025 » et le mot : « proportionnelle » est remplacé par les mots : « mentionnée au b du 2° du I de l'article L. 732-24 » ;

69 c) Le II est ainsi modifié :

70 – au début, la mention : « II. – » est supprimée ;

71 – les mots : « en qualité de conjoint » sont remplacés par les mots : « en ayant opté pour le statut de collaborateur d'exploitation ou d'entreprise mentionné à l'article L. 321-5 » ;

72 – à la fin, les mots : « conditions prévues au dernier alinéa du I du présent article » sont remplacés par les mots : « mêmes conditions » ;

73 15° Au premier alinéa de l'article L. 732-35- 1, les mots : « personnes dont la pension de retraite de base prend effet postérieurement au 31 décembre 2003 » sont remplacés par le mot : « assurés » ;

74 16° Après le paragraphe 8 de la sous-section 1, tel qu'il résulte du 13° du présent L, il est inséré un paragraphe 9 intitulé : « Dispositions diverses » ;

75 17° Les articles L. 732-37, L. 732-38, L. 732-41- 1 à L. 732-51- 1 et L. 732-53, les sous-sections 1 *bis* et 1 *ter* de la sous-section 1 et l'article L. 732-55 sont abrogés ;

76 18° La division « Sous-section 2 : Paiement des pensions » est supprimée ;

77 19° Est rétablie une sous-section 2 intitulée : « Service des pensions de retraite » et comprenant l'article L. 732-36, tel qu'il résulte du 6° du présent L, et les articles L. 732-39 et L. 732-40 ;

78 20° L'article L. 732-39 est ainsi modifié :

79 a) Au premier alinéa du I, les mots : « d'un âge fixé par voie réglementaire » sont remplacés par les mots : « de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale » ;

80 b) Le III est ainsi modifié :

81 – aux premier et avant-dernier alinéas, les mots : « ait liquidé ses pensions de vieillesse personnelles auprès de la totalité des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales dont il a relevé » sont remplacés par les mots : « justifie des conditions prévues aux quatrième à septième alinéas de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale » ;

82 – au premier alinéa, après la référence : « L. 722-5 », sont insérés les mots : « du présent code » et, après la référence : « 1° », la fin est ainsi rédigée : « du même I. » ;

83 – les a et b sont abrogés ;

84 – le dernier alinéa est supprimé ;

85 c) Au IV, les mots : « , 2°, 3°, 4°, 5°, 7° et » sont remplacés par le mot : « à » ;

86 d) Au second alinéa du V, les mots : « de l'article L. 732-29 du présent code, » sont supprimés ;

87 e) Au VI, les mots : « aux deux derniers alinéas du » sont remplacés par le mot : « au » ;

88 21° L'article L. 732-40 est ainsi modifié :

89 a) Au premier alinéa, les mots : « dans les conditions prévues à l'article L. 161-22-1-1 du code de la sécurité sociale » sont supprimés ;

90 b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

91 « La poursuite de la mise en valeur de l'exploitation dans les conditions prévues au même premier alinéa ne fait pas obstacle à la constitution de nouveaux droits à pension dans le régime institué par le présent chapitre en

- application de l'article L. 161-22-1-1 du code de la sécurité sociale, sous réserve que l'assuré justifie des conditions mentionnées aux quatrième à septième alinéas de l'article L. 161-22 du même code. » ;
- 92 22° La division « Sous-section 3 : Assurance vieillesse complémentaire obligatoire » est supprimée ;
- 93 23° Est rétablie une sous-section 3 intitulée : « Ouverture du droit, liquidation et calcul des pensions de réversion » et comprenant l'article L. 732-41 ;
- 94 24° L'article L. 732-41 est ainsi modifié :
- 95 a) Les trois premiers alinéas sont supprimés ;
- 96 b) Le dernier alinéa est ainsi modifié :
- 97 – les mots : « continuant l'exploitation » sont remplacés par les mots : « qui continue l'exploitation sans avoir demandé la liquidation de sa pension de réversion » ;
- 98 – les mots : « annuités propres celles qui ont été acquises » sont remplacés par les mots : « droits propres ceux qui ont été acquis » ;
- 99 25° Après la sous-section 3, telle qu'elle résulte du 23° du présent L, sont insérées une sous-section 4 intitulée : « Modalités de la demande de la pension de réversion », une sous-section 5 intitulée : « Assurance volontaire » et comprenant les articles L. 732-52 et L. 732-54, une sous-section 6 intitulée : « Assurance veuvage », une sous-section 7 intitulée : « Majoration de pension » et comprenant les articles L. 732-54-1 à L. 732-54-5 et une sous-section 8 intitulée : « Pension d'orphelin » ;
- 100 26° À la première phrase du second alinéa de l'article L. 732-54-2, après le mot : « principal », sont insérés les mots : « et, à compter du 1^{er} janvier 2026, des périodes d'assurance accomplies à titre secondaire » ;
- 101 27° L'article L. 732-54-3 est ainsi modifié :
- 102 a) Après le premier alinéa, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :
- 103 « Le plafond prévu au premier alinéa du présent article est :
- 104 « 1° Pour les pensions prenant effet avant le 1^{er} janvier 2026, fixé par décret et revalorisé dans des conditions fixées par décret ;
- 105 « 2° Pour les pensions prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2026, égal au montant prévu au premier alinéa de l'article L. 173-2 du code de la sécurité sociale. » ;
- 106 – le troisième alinéa est supprimé ;
- 107 28° À l'article L. 732-54-4, les mots : « du présent paragraphe » sont remplacés par les mots : « de la présente sous-section » ;
- 108 29° Est insérée une sous-section 9 intitulée : « Assurance vieillesse complémentaire » et comprenant les articles L. 732-56 à L. 732-63 ;
- 109 30° Le premier alinéa de l'article L. 732-60 est ainsi modifié :
- 110 a) À la première phrase, les mots : « retraite mentionnée à l'article L. 732-24 » sont remplacés par les mots : « pension de retraite de base du régime institué par le présent chapitre, » ;
- 111 b) À la deuxième phrase, les mots : « retraite mentionnée aux articles L. 732-34 et L. 732-35 » sont remplacés par les mots : « pension de retraite de base du régime institué par le présent chapitre » ;
- 112 31° L'article L. 732-63 est ainsi modifié :
- 113 a) Le 2° du I est ainsi modifié :
- 114 – à la fin, les mots : « accomplies en qualité de chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, à titre exclusif ou principal » sont remplacés par une phrase ainsi rédigée : « Sont prises en compte au titre de ces périodes : » ;
- 115 – sont ajoutés des *a* et *b* ainsi rédigés :
- 116 « *a*) Les périodes accomplies en qualité de chef d'exploitation ou d'entreprise agricole à titre exclusif ou principal ;
- 117 « *b*) Les périodes accomplies en qualité de chef d'exploitation ou d'entreprise agricole à titre secondaire, à compter du 1^{er} janvier 2026. » ;
- 118 b) Au III, le mot : « et » est remplacé par le signe : « , » et, après le mot : « principal », sont insérés les mots : « et, à compter du 1^{er} janvier 2026, des périodes d'assurance accomplies à titre secondaire » ;
- 119 M. – L'article L. 761-22 est ainsi modifié :
- 120 1° Au début du premier alinéa, les mots : « Les articles L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale et L. 732-18-3 du présent code sont applicables » sont remplacés par les mots : « L'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale est applicable » ;
- 121 2° Le deuxième alinéa est complété par les mots : « du présent code » ;
- 122 N. – À l'article L. 761-23, les mots : « aux articles L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale et L. 732-18-3 du présent code » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale ».
- 123 II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- 124 1° À la première phrase de l'article L. 161-17-1-1, les mots : « et L. 732-51-1 » sont supprimés ;
- 125 2° Au premier alinéa de l'article L. 161-17-2, les mots : « à l'article L. 732-18 du code rural et de la pêche maritime, » sont supprimés ;
- 126 3° L'article L. 161-18 est ainsi modifié :
- 127 a) Au premier alinéa, après le mot : « général », sont insérés les mots : « , le régime des non-salariés des professions agricoles » ;
- 128 b) Le second alinéa est supprimé ;
- 129 4° À l'article L. 161-19-1, les mots : « à l'article L. 732-25 » sont remplacés par les mots : « au II de l'article L. 732-1 » ;
- 130 5° À la fin de la première phrase de l'article L. 161-20, les mots : « les articles L. 351-3 du présent code et L. 732-21 du code rural et de la pêche maritime ne sont pas applicables » sont remplacés par les mots : « l'article L. 351-3 n'est pas applicable » ;
- 131 6° Au premier alinéa de l'article L. 161-21-1, les mots : « et au premier alinéa de l'article L. 732-18-2 du code rural et de la pêche maritime, » sont supprimés ;

- 132 7° À la fin de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 161-22, les mots : « les articles L. 161-22-1-5 du présent code et L. 732-29 du code rural et de la pêche maritime » sont remplacés par les mots : « l'article L. 161-22-1-5 » ;
- 133 8° La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 161-22-1-1 est ainsi rédigée : « Ces nouveaux droits propres et dérivés sont sans incidence sur le montant de la pension de vieillesse résultant de la première liquidation, sur le montant de la majoration de pension prévue à l'article L. 732-54- 1 du code rural et de la pêche maritime et sur le montant du complément différentiel prévu à l'article L. 732-63 du même code. » ;
- 134 9° À la première phrase du huitième alinéa du I de l'article L. 161-22-1-5, la référence : « L. 732-54- 2 » est remplacée par la référence : « L. 732-54- 1 » ;
- 135 10° À l'article L. 161-23- 1, les mots : « et les régimes alignés sur lui » sont remplacés par les mots : « , par le régime des salariés agricoles et par le régime des non-salariés des professions agricoles » ;
- 136 11° À l'article L. 173-1-1, les mots : « aux articles L. 353-6 du présent code et L. 732-51-1 du code rural » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 353-6 » et les mots : « du même code, la majoration mentionnée aux articles L. 353-6 du présent code et L. 732-51-1 du code rural et de la pêche maritime » sont remplacés par les mots : « , la première » ;
- 137 12° Au III *ter* de l'article L. 173-1-2, après le mot : « réversion », sont insérés les mots : « et aux pensions d'orphelin » ;
- 138 13° À l'article L. 173-7, les mots : « à l'article L. 732-27-1 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 732-35 et L. 732-35- 1 » et les mots : « des articles L. 732-18-1 et L. 732-18- 2 du code rural et de la pêche maritime, » sont supprimés ;
- 139 14° À la fin du second alinéa de l'article L. 323-2, les mots : « du présent code et à l'article L. 732-29 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés ;
- 140 15° Le premier alinéa de l'article L. 341-14-1 est ainsi modifié :
- 141 a) À la première phrase, les mots : « ou des articles L. 732-18- 1, L. 732-18- 2, L. 732-18- 3, L. 732-29 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés ;
- 142 b) À la seconde phrase, les mots : « ou à l'article L. 732-29 du code rural et de la pêche maritime » et les mots : « du présent code et de l'article L. 732-29 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés ;
- 143 16° Après la référence : « L. 351-1-5, » la fin du premier alinéa de l'article L. 351-1-2-1 est ainsi rédigée : « l'âge mentionné au premier alinéa de l'article L. 351-1-2, sous réserve qu'il soit égal ou supérieur à soixante-trois ans, est abaissé d'un an. » ;
- 144 17° À la première phrase du IX de l'article L. 351-4 et au second alinéa du II de l'article L. 351-6-1, les mots : « , de l'article L. 732-18- 1 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés ;
- 145 18° L'article L. 351-8 est complété par un 6° ainsi rédigé :
- 146 « 6° Les assurés atteignant l'âge de soixante-cinq ans qui bénéficient d'un nombre minimal de trimestres fixé par décret au titre de la majoration de durée d'assurance prévue à l'article L. 351-4-1 ou qui, pendant une durée et dans des conditions fixées par décret, ont apporté une aide effective à leur enfant bénéficiaire de l'élément de la prestation relevant du 1° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles. » ;
- 147 19° Le début de la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 381-2 est ainsi rédigé : « Les travailleurs non salariés et conjoints collaborateurs mentionnés aux articles L. 611-1 et L. 661-1 du présent code ainsi que les personnes mentionnées à l'article L. 722-15 du code rural et de la pêche maritime qui interrompent leur activité professionnelle pour s'occuper d'une personne mentionnée à l'article L. 3142-16 du code du travail présentant un handicap ou une perte d'autonomie définis en application de l'article L. 3142-24 du même code, sont affiliés obligatoirement... (*le reste sans changement*). » ;
- 148 20° Au *b* du 2° de l'article L. 491-1, après le mot : « maritime », sont insérés les mots : « , dans leur rédaction antérieure à la loi n° ... du ... de financement de la sécurité sociale pour 2025, » ;
- 149 21° Au premier alinéa de l'article L. 544-8, les mots : « , aux articles L. 321-5, L. 722-9 et L. 732-34 » sont remplacés par les mots : « et aux articles L. 321-5 et L. 722-9 » ;
- 150 22° Au dernier alinéa du II de l'article L. 634-2-1, les mots : « , des articles L. 732-18- 1 et L. 732-18- 2 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés ;
- 151 23° Au dernier alinéa de l'article L. 634-6, les mots : « , de l'article L. 732-29 du code rural et de la pêche maritime » sont remplacés par le mot : « ou » ;
- 152 24° À la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 821-1, les mots : « du présent code ou de l'article L. 732-30 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés.
- 153 III. – Au 3° de l'article L. 5421-4 du code du travail, les mots : « , des articles L. 732-18- 1 à L. 732-18- 4 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés.
- 154 IV. – Les III et IV de l'article 20 et les III à VI de l'article 21 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites sont abrogés.
- 155 V. – À la fin du III de l'article 36 de la loi n° 2014-40 du 20 janvier 2014 garantissant l'avenir et la justice du système de retraites, les mots : « ainsi qu'à l'article L. 732-18-2 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés.
- 156 VI. – Au II de l'article 11 de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat, les mots : « du second alinéa de l'article L. 732-51- 1 du code rural et de la pêche maritime, » sont supprimés et la seconde occurrence des mots : « même code » est remplacée par les mots : « code rural et de la pêche maritime ».
- 157 VII. – A. – Le A du I et les 8°, 12° et 16° du II entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2025.
- 158 Les B à E, G, H, J et K et les 3°, 4° et 7°, les trois premiers alinéas du 8° et les 10°, 11° et 13° à 31° du L du I, les 1°, 6°, 7°, 10°, 14°, 15°, 19° à 21°, 23° et 24° du II et le III entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2026.

159 Les F et I, les 1°, 2°, 5°, 8°, 9°, 12° et 17° du L et les M et N du I, les 2° à 5°, 9°, 11°, 13°, 17°, 18° et 22° du II et les IV à VI s'appliquent aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2026.

160 B. – Par dérogation au A du présent VII, les dispositions, autres que celles de l'article L. 732-54- 3, de la section 3 du chapitre II du titre III du livre VII du code rural et de la pêche maritime dans leur rédaction antérieure à la présente loi continuent de s'appliquer aux pensions dues au titre du régime des non-salariés des professions agricoles prenant effet du 1^{er} janvier 2026 au 31 décembre 2027.

161 À une date fixée par décret, et au plus tard le 31 décembre 2028, les pensions mentionnées au premier alinéa du présent B font l'objet d'un recalcul en tenant compte des modifications résultant du présent article. Si le montant issu de ce recalcul est supérieur à celui attribué dans les conditions prévues au premier alinéa du présent B, le niveau de la pension est révisé et les sommes versées antérieurement font l'objet d'une régularisation.

162 VIII. – Dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, le Gouvernement est autorisé à prendre, par voie d'ordonnance, dans un délai de deux ans à compter de la promulgation de la présente loi, toute mesure relevant du domaine de la loi visant à modifier, afin de les rapprocher de celles applicables sur le reste du territoire, les modalités d'ouverture des droits, de calcul et de service des pensions de vieillesse et de veuvage des non-salariés des professions agricoles en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Mayotte, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin.

163 Un projet de loi de ratification est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de la publication de l'ordonnance.

M. le président. La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly, sur l'article.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Dans un contexte de colère agricole, cet article 22 est finalement une bonne nouvelle. Nous avons soutenu la proposition de loi visant à calculer la retraite de base des non-salariés agricoles en fonction des vingt-cinq années d'assurance les plus avantageuses qu'avait défendue le député Julien Dive.

Nous regrettons cependant que, malgré le vote du Sénat et de l'Assemblée nationale, le Gouvernement ait décidé d'une entrée en vigueur de la réforme en 2028 seulement, alors que nous avions fixé cette date à 2026.

Tout en procédant à ce décalage, le Gouvernement prévoit le versement anticipé de leur pension de retraite avec calcul sur les vingt-cinq meilleures années. Cette méthode nous inquiète sur les induits et les trop-perçus. Pourquoi ne respectez-vous pas la loi que nous avons votée à l'unanimité, avec une entrée en vigueur dès 2026 ?

Madame la ministre, l'effet rétroactif concernera-t-il aussi les pensions de réversion des conjoints agricoles ? J'avais été rapporteure de la proposition de loi visant à assurer la revalorisation des pensions de retraites agricoles les plus faibles, du député André Chassaigne, adoptée en 2021, qui abordait ce point.

Mme Cécile Cukierman. Très bien !

M. le président. La parole est à M. le président de la commission.

M. Philippe Mouiller, président de la commission des affaires sociales. Je tiens à préciser les raisons pour lesquelles l'amendement n° 1403 de Mme la rapporteure est apparu il y a seulement trente minutes sur le dérouleur.

Cet amendement vise à avancer la date d'entrée en vigueur de la réforme du mode de calcul de la retraite de base des non-salariés agricoles. Or nous avons dû consulter la commission des finances pour vérifier qu'il était bien conforme à l'article 40 de la Constitution, et la réponse nous est parvenue il y a donc une demi-heure.

Je ne vais pas réunir la commission des affaires sociales sur cette seule question, mais je souhaitais en informer notre assemblée, par courtoisie et souci de transparence.

M. le président. L'amendement n° 1387, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 5

Supprimer le mot :

totale

II. – Alinéa 6

1° Supprimer le mot :

mêmes

2° Supprimer le mot :

même

III. – Alinéa 11, première phrase

Supprimer le mot :

totale

IV. – Alinéa 11, seconde phrase

Remplacer les mots :

d'une telle

par les mots :

de cette

V. – Alinéa 12

Remplacer le mot :

énumérés

par le mot :

mentionnés

VI. – Alinéa 26

1° Après la première occurrence du mot :

mots

insérer le mot :

de

2° Remplacer le mot :

retraites

par les mots :

d'une pension de retraite de base au régime institué par le chapitre II du présent titre,

VII. – Alinéa 46

1° Supprimer les mots :

, de maternité

2° Après le mot :

graves

insérer les mots :

et de maternité

VIII. – Alinéa 55

1° Remplacer le mot :

titre

par le mot :

chapitre

2° Supprimer les mots :

auquel se réfère l'article L. 732-18 du présent code

IX. – Alinéa 56

Remplacer les mots :

par ces dispositions

par les mots :

à l'article L. 732-18 du présent code

X. – Alinéa 58

Remplacer le mot :

réunion

par le mot :

somme

XI. – Alinéas 59 et 60

Rédiger ainsi ces alinéas :

« a) D'une part dont le montant maximal attribué pour une durée minimale d'assurance est prévu par décret. Le montant maximal est attribué lorsque l'assuré justifie, au titre des périodes d'assurance antérieures au 1^{er} janvier 2016, d'une durée d'assurance accomplie à titre exclusif ou principal dans le régime d'assurance vieillesse des non-salariés agricoles au moins égale à la limite mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale.

« Lorsque la durée d'assurance est inférieure à la limite prévue au précédent alinéa, le montant de la part est calculé proportionnellement à cette durée d'assurance.

XII. – Alinéa 63

Après le mot :

au

insérer les mots :

premier alinéa du

XIII. – Alinéa 64

Remplacer le mot :

fixées

par le mot :

définies

XIV. – Alinéa 75

Remplacer les mots :

et 1 *ter* de la sous-section 1

par les mots :

, 1 *ter* et 2 de la section 3

XV. – Alinéa 76

Supprimer cet alinéa.

XVI. – Alinéa 99

Remplacer la référence :

L. 732-54-5

par la référence :

L. 732-54-4

XVII. – Après l'alinéa 99

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

25° *bis* À la fin du premier alinéa de l'article L. 732-52, les mots : « de l'article L. 732-27-1 » sont remplacés par les mots : « du premier alinéa du I de l'article L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale pour les périodes d'études prévues au 1° du même I » ;

XVIII. – Après l'alinéa 100

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

26° *bis* À l'article L. 732-54-2, les mots : « revalorisé, au 1^{er} janvier de chaque année, d'un taux au moins égal à l'évolution, depuis le 1^{er} janvier précédent, du salaire minimum de croissance mentionné à l'article L. 3231-2 du code du travail » sont remplacés par les mots : « revalorisé dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 351-10 du code de la sécurité sociale » ;

XIX. – Alinéa 104

Remplacer les mots :

fixé par décret et revalorisé dans des conditions fixées par décret

par les mots :

Fixé et revalorisé dans des conditions prévues par décret

XX. – Alinéa 106

Remplacer le signe :

–

par la numérotation :

b)

XXI. – Alinéa 114

Remplacer les mots :

remplacés par

par les mots :

supprimés et est ajoutée

XXII. – Après l'alinéa 123

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...° À la fin du 8° du II de l'article L. 136-1-2, les mots : « et à l'article L. 722-16 du code rural et de la pêche maritime » sont supprimés ;

XXIII. – Alinéa 129

Remplacer la référence :

L. 732-1

par la référence :

L. 732-24

XXIV. – Après l'alinéa 133

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

8° bis Le deuxième alinéa du même article L. 161-22-1-1 est complété par les mots : « du présent code » ;

XXV. – Alinéa 136

Après la dernière occurrence du mot :

mots :

insérer les mots :

du code rural et de la pêche maritime

XXVI. – Alinéa 137

Après les mots :

et aux pensions d'orphelin

insérer les mots :

, les mots : « du conjoint » sont remplacés par les mots : « de l'assuré » et après le mot : « décédé », insérer le mot : « , absent »

XXVII. – Alinéa 138

Remplacer les mots :

sont remplacés par les mots : « aux articles L. 732-35 et L. 732-35-1 »

par les mots :

du code rural et de la pêche maritime

XXVIII. – Alinéa 141

Remplacer le mot :

supprimées

par le mot :

supprimés

XXIX. – Alinéa 143

Remplacer la référence :

L. 351-1-5

par la référence :

L. 351-5

XXX. – Alinéa 151

Après le mot :

maritime

insérer le mot :

et

XXXI. – Après l'alinéa 154

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

IV *bis*. – L'article 5 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon est ainsi modifié :

1° Le 1° est ainsi modifié :

a) Au d, après les mots « à Saint-Pierre-et-Miquelon » est insérée la ponctuation « , » et les mots « un régime d'assurance vieillesse de salariés » sont remplacés par les mots : « le régime général » ;

b) Au e *ter*, la référence : « L. 732-54-2 » est remplacée par la référence : « L. 732-54-1 » ;

2° Le 3° est ainsi modifié :

a) Le h est abrogé ;

b) Le m du 3° est ainsi rédigé :

« m) À l'article L. 351-8 :

« - au premier alinéa, après les mots : « le régime général » sont insérés les mots : « , le régime de sécurité sociale applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon » ;

« - au 4°, les mots : « dans le régime général, ou dans ce régime et celui des salariés agricoles » sont remplacés par les mots : « dans le régime général, le régime des salariés agricoles et le régime de sécurité sociale applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon »

XXXII. – Alinéa 155

1° Remplacer les mots :

À la fin du

par le mot :

Au

2° Après le mot :

retraites,

insérer les mots :

les mots : « , au 5° » sont remplacés par les mots : « et au 5° » et

XXXIII. – Alinéa 158

1° Remplacer les mots :

4° et 7°

par les mots :

4°, 6° à 7°

2° Remplacer les mots :

et 13° à 31°

par les mots :

, 13° à 16° et 18° à 31°

XXXIV. - Alinéa 160

1° Remplacer la dernière occurrence du mot :

du

par les mots :

entre le

2° Remplacer la dernière occurrence du mot :

au

par les mots :

et le

XXXV. – Après l’alinéa 160

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

Pour l’application de l’alinéa précédent, les droits à pension au titre de la retraite proportionnelle prévue à l’article L. 732-24 du code rural et de la pêche maritime dans sa rédaction antérieure à la présente loi pour les périodes d’assurance de 2026 et de 2027 sont acquis, dans des conditions fixées par décret, en tenant compte des cotisations prévues à l’article L. 731-42 du même code dans sa rédaction issue de la présente loi et de la durée d’assurance dans le régime.

XXXVI. – Alinéa 161

Remplacer deux fois le mot :

recalcul

par les mots :

nouveau calcul

La parole est à Mme la ministre.

Mme Astrid Panosyan-Bouvet, *ministre du travail et de l’emploi*. L’article 22 a pour objet d’aligner le mode de calcul de la retraite de base des non-salariés agricoles (NSA) sur le régime général. C’était une demande formulée par la profession agricole. Cet article procède à divers aménagements du code rural et de la pêche maritime qui permettent, à droit constant, d’unifier la présentation de ses dispositions législatives et de celles du code de la sécurité sociale.

Cet amendement vise principalement à corriger des erreurs matérielles issues de cet exercice complexe et à expliciter certaines dispositions pour en faciliter la mise en œuvre par les caisses de sécurité sociale.

Il est ainsi précisé que, pour les personnes ayant été affiliées au régime des personnes non salariées des professions agricoles à titre exclusif ou principal avant le 1^{er} janvier 2016, les périodes d’assurance antérieures à cette date sont prises en compte, qu’elles soient cotisées ou assimilées.

Il s’agit en outre de tirer les conséquences de la mise en place d’une assiette de cotisations unique, quel que soit le statut de non-salarié agricole.

Cet amendement tend à permettre la coordination législative avec le régime d’assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon. Enfin, il est proposé une adaptation terminologique dans la mention du dispositif de la pension d’orphelin.

M. le président. Quel est l’avis de la commission ?

Mme Pascale Gruny, *rapporteur de la commission des affaires sociales pour l’assurance vieillesse*. Cet amendement vise à apporter des améliorations rédactionnelles sur lesquelles nous avons travaillé de concert avec le Gouvernement.

Il comporte également des précisions de fond. En effet, le Gouvernement propose d’étendre 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.

Cette modification avait été votée par la commission des affaires sociales et jugée irrecevable au titre de l’article 40 de la Constitution. Elle est désormais rétablie. Pour ces raisons, nous sommes favorables à cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l’amendement n° 1387.

(L’amendement est adopté.)

M. le président. L’amendement n° 1395, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Alinéa 11

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

À défaut d’option pour l’un de ces statuts, l’aide familial ayant poursuivi la mise en valeur de l’exploitation ou de l’entreprise agricole est réputé l’avoir fait sous le statut de salarié.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Astrid Panosyan-Bouvet, *ministre*. Cet amendement vise à préciser que l’aide familial agricole, qui ne peut conserver ce statut plus de cinq ans, n’ayant pas opté pour le statut de salarié ou de chef d’exploitation agricole à l’issue de ce délai, est présumé avoir exercé en qualité de salarié agricole s’il a continué à participer à la mise en valeur de l’exploitation.

Cette disposition est similaire à celle qui est prévue pour les collaborateurs d’exploitation ou d’entreprise agricole. Elle permet de clarifier le statut des aides familiaux et de leur garantir une protection juridique et sociale.

Cet amendement va dans le bon sens.

M. le président. Quel est l’avis de la commission ?

Mme Pascale Gruny, *rapporteur*. Cet amendement a été déposé aujourd’hui ; c’est pourquoi la commission des affaires sociales n’a pas pu se prononcer à son sujet. Cependant, il est identique à un amendement que nous avons voté en commission et qui avait été déclaré irrecevable au titre de l’article 40 de la Constitution. Il vise à sécuriser la situation des aides familiaux agricoles, qui peuvent exercer sous ce statut pendant une durée maximale de cinq ans.

Cet amendement tend à préciser qu’à défaut d’avoir opté pour un autre statut – salarié agricole ou chef d’exploitation – à l’issue des cinq ans, l’aide familial qui continue à travailler sur l’exploitation ou l’entreprise agricole est présumé le faire sous le statut de salarié.

Cette requalification offre une protection sociale nécessaire à des aides familiaux qui se trouveraient, sans cela, dans une situation de travail dissimulé.

Personnellement, j’y suis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l’amendement n° 1395.

(L’amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements faisant l’objet d’une discussion commune.

L’amendement n° 1205 rectifié, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Alinéa 160

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Toutefois, pour les pensions prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2026, la pension de retraite proportionnelle prévue au 2^o de l'article L. 732-24 du code rural et de la pêche maritime, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, due au titre des périodes d'assurance antérieures à 2016 est liquidée dans les conditions prévues au b du 2^o du même article L. 732-24, dans sa rédaction issue de la présente loi.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Astrid Panosyan-Bouvet, ministre. Cet amendement vise à calculer une partie de la pension des non-salariés agricoles en fonction d'une sélection des meilleures années antérieures à 2016, et ce dès le 1^{er} janvier 2026.

Il avait été prévu initialement que les pensions qui prendront effet entre le 1^{er} janvier 2026 et le 31 décembre 2027 seraient calculées de manière provisoire selon les modalités en vigueur à ce jour.

Nous proposons un recalcul qui s'accompagne d'une clause de sauvegarde consistant à verser des rappels de pension en cas de montant, en 2028, supérieur à celui qui avait été calculé initialement.

M. le président. L'amendement n° 409 rectifié, présenté par M. Menonville, Mme Antoine, MM. S. Demilly et Henno, Mme Saint-Pé, MM. Levi et Kern, Mme O. Richard, MM. Pillefer, Courtial et Delcros, Mme Jacquemet, MM. Bleunven et Capo-Canellas, Mmes Perrot et Billon, M. Duffourg et Mme Romagny, est ainsi libellé :

Alinéa 160

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Toutefois, la pension de retraite proportionnelle prévue au 2^o de l'article L. 732-24 du code rural et de la pêche maritime dans sa rédaction antérieure à la présente loi, due au titre des périodes d'assurance antérieures à 2016, est calculée dans les conditions prévues au b du 2^o du même article L. 732-24 dans sa rédaction issue de la présente loi.

La parole est à M. Olivier Henno.

M. Olivier Henno. Cet amendement, présenté par Franck Menonville – le sujet lui tient à cœur –, tend à mettre en place un calcul des pensions des non-salariés agricoles en fonction des meilleures années, afin que les retraités de 2026 et de 2027 voient leurs pensions calculées comme avant la réforme et que les montants de leurs pensions soient régularisés d'ici à la fin de 2028.

Pour être efficace, cette réforme doit être menée à bien dans les meilleurs délais. Pour ce faire, notre collègue auteur de l'amendement prévoit le basculement d'un système à l'autre dès 2026. L'équilibre n'en sera pas modifié, car le coût sera lissé selon les années, sans que le coût global soit accru. Celui-ci s'établira à 14 millions d'euros en 2026, à 37 millions d'euros en 2027 et à 62 millions d'euros en 2028.

M. le président. L'amendement n° 1403, présenté par Mme Gruny, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 161, première phrase

Remplacer le mot :

décembre

par le mot :

mars

La parole est à Mme le rapporteur pour présenter cet amendement et pour donner l'avis de la commission sur les amendements n° 1205 rectifié et 409 rectifié.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. Si vous en êtes d'accord, monsieur le président, je commencerai par donner l'avis de la commission sur les amendements n° 409 rectifié et 1205 rectifié.

Je demande le retrait de l'amendement n° 409 rectifié, satisfait tant par l'amendement de la commission et que par celui du Gouvernement ; à défaut, l'avis sera défavorable.

Mes chers collègues, permettez-moi de prendre un peu de temps pour vous apporter des explications que j'estime nécessaires.

Je me félicite que la réforme du mode de calcul de la retraite de base des non-salariés agricoles, que nous attendons depuis de nombreuses années, aboutisse enfin. C'est la raison pour laquelle l'avis sera favorable sur l'amendement n° 1205 rectifié du Gouvernement.

Ces pensions seront désormais calculées sur les vingt-cinq meilleures années de revenus, afin de permettre une convergence vers les régimes alignés. Cela bénéficiera en premier lieu aux polypensionnés, qui représentent 85 % des non-salariés agricoles, et 90 % des pensions liquidées.

Les monopensionnés seront également gagnants. La pension de ceux qui ont les revenus les plus élevés était plafonnée par le barème de points de retraite proportionnel ; elle sera donc plus élevée qu'actuellement. Quant à ceux qui ont des revenus plus faibles, et qui bénéficiaient pleinement de l'effet redistributif du barème de points, ils ne subiront pas de perte dans la mesure où leurs revenus seront rattrapés par la revalorisation de la pension majorée de référence sur le minimum contributif et servie par le régime général.

Je souhaite également revenir sur l'entrée en vigueur de cette réforme, annoncée au 1^{er} janvier 2026.

Cet engagement est celui du Parlement, qui l'a voté à deux reprises. L'Assemblée nationale, tout d'abord, avait acté le 13 février 2023, sur l'initiative de notre collègue député Julien Dive, le principe de l'entrée en vigueur de cette réforme au 1^{er} janvier 2026. Le Sénat, ensuite, l'avait adoptée en votant à l'unanimité la proposition de loi du président Philippe Mouiller, dont j'étais le rapporteur, et qui visait à liquider les pensions en prenant en compte les vingt-cinq meilleures années de points dès le 1^{er} janvier 2026.

Je vais désormais aborder quelques détails techniques.

Premièrement, la Mutualité sociale agricole (MSA) ne garde pas l'historique des revenus convertis en points antérieurement à 2016. Toutes les années cotisées avant 2016 seront donc liquidées sur les points, et non pas sur le revenu.

Deuxièmement, il ressort des récents échanges que nous avons eus avec le Gouvernement et la MSA que les systèmes informatiques de liquidation des pensions devaient être révisés, afin que soient prises en compte des informations émanant d'autres régimes pour liquider les pensions sur les vingt-cinq meilleures années de l'ensemble desdits régimes.

Vous le savez, les agriculteurs ont souvent exercé au cours de leur carrière les professions d'aide familial, de salarié agricole, d'exploitant ou encore de salarié dans l'agroalimentaire, ce qui rend les choses un peu compliquées.

Le calcul de la pension de retraite basé sur les vingt-cinq meilleures années de revenus ne sera possible qu'au terme d'une refonte du système informatique de la MSA, qui fonctionne actuellement en points. C'est pourquoi l'article 22 du présent PLFSS prévoit que les pensions liquidées entre janvier 2026 et le 31 décembre 2027 le seront selon le droit en vigueur à ce jour.

L'amendement n° 1205 rectifié déposé par le Gouvernement, et repris presque à l'identique à l'amendement n° 409 rectifié, vise à préciser que la pension de retraite proportionnelle due au titre des années antérieures à 2016 sera liquidée en se basant sur les vingt-cinq meilleures années en points dès le 1^{er} janvier 2026. Cela constitue une avancée, et j'y suis bien évidemment favorable. Mais il restera ensuite à ajuster les pensions des polypensionnés en prenant en compte les vingt-cinq meilleures années de revenus cotisés dans d'autres régimes.

Je tiens à revenir néanmoins sur la clause dite de sauvegarde, qui prévoit qu'à une date fixée par décret – au plus tard le 31 décembre 2028 –, les pensions feront l'objet d'un nouveau calcul afin d'être liquidées selon le droit réformé.

Si le montant de la pension issue de ce nouveau calcul est supérieur à celui de la pension liquidée selon le droit antérieur, la différence sera restituée. Mais si la pension est plus faible, on ne recherchera pas le montant et l'indu ne sera pas réclamé. C'est bien clair.

L'amendement n° 1403, déposé il y a peu de temps par la commission des affaires sociales et que je défends devant vous, vise à réduire cette clause de sauvegarde de neuf mois. Il nous semble nécessaire de tout faire pour que les agriculteurs puissent bénéficier, au plus vite, de cette réforme du calcul de leur pension liquidée entre le 1^{er} janvier 2026 et le 31 décembre 2027.

J'y insiste, madame la ministre, c'est la date du 1^{er} janvier 2026 que vous devez avoir en tête ! Il ne reste que 10 % de cas posant une difficulté, et nous devons absolument faire en sorte de diminuer ce pourcentage. De toute façon, la MSA et la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) nous ont dit qu'il n'y avait aucun problème à cet égard. Cela fait tout de même à peu près quatre ans, voire plus, que l'on en parle ! Je ne vois donc pas pourquoi on ne le ferait pas. Hier encore, ou avant-hier, la ministre de l'agriculture a certifié que la réforme entrerait en vigueur le 1^{er} janvier 2026.

Il faut absolument envoyer ce message fort aux futurs retraités, mais surtout aux jeunes agriculteurs !

De nombreux jeunes se demandent aujourd'hui s'ils vont continuer à exercer le métier d'agriculteur ou reprendre une ferme. Or nous avons besoin qu'ils le fassent ; cela est nécessaire non seulement pour les agriculteurs eux-mêmes, mais pour nous tous ici, et notamment pour notre alimentation.

Je vous demande donc, madame la ministre, de bien y réfléchir et de suivre ce dossier. Ici, au Sénat, nous serons très vigilants.

Pour résumer, j'émet un avis favorable sur l'amendement n° 1205 rectifié du Gouvernement. Je demande le retrait de l'amendement n° 409 rectifié à son profit ; à défaut, l'avis sera défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur les amendements n° 409 rectifié et 1403 ?

Mme Astrid Panosyan-Bouvet, ministre. La MSA considère que cette échéance de révision des pensions peut être tenue, ce qui permettrait à l'ensemble des assurés de bénéficier de cette réforme dès le début de 2028. Cette réforme concernera 90 % des non-salariés agricoles dès 2026, et les 10 % qui restent au début de 2028, avec un effet rétroactif.

Il s'agit d'un engagement très ambitieux, compte tenu des lourds travaux informatiques que nécessite cette réforme. Si son amendement n° 1205 rectifié était voté, le Gouvernement serait très attentif à ce que cet engagement soit tenu.

Sur les amendements n° 409 rectifié et 1403, je m'en remets à la sagesse de votre assemblée.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1205 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 409 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1403.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n° 674, présenté par M. Lurel, Mmes Conconne, Bélim, Lubin et Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès et Féret, MM. Fichet et Jomier, Mmes Poumirol et Rossignol, MM. Bourgi et Ros, Mmes Linkenheld et Narassiguin, MM. Ziane et Féraud, Mme Harribey, M. Gillé, Mme Brossel, MM. Fagnen et Chantrel, Mme Conway-Mouret, MM. Darras, Michau, Mérillou et Montaugé, Mme Bonnefoy, M. Roiron, Mme Blatrix Contat, MM. Jeansannetas et Vayssouze-Faure, Mme G. Jourda, M. M. Weber, Mme Monier, MM. P. Joly, Marie, Tissot, Durain et Chaillou, Mme Artigalas, MM. Redon-Sarrazy, Ouizille, Pla, Uzenat et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Alinéas 162 et 163

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme Annie Le Houerou.

Mme Annie Le Houerou. Notre groupe se réjouit également de la mise en œuvre de la réforme des retraites des non-salariés agricoles au 1^{er} janvier 2026 – une date sur laquelle Mme la rapporteure a fort justement insisté.

Le présent amendement, dont le premier signataire est Victorin Lurel, vise à supprimer l'habilitation prévue à cet article 22 du PLFSS à réformer par voie d'ordonnance les modalités d'ouverture des droits, de calcul et de service des pensions de vieillesse et de réversion des non-salariés agricoles outre-mer. Il s'agit d'une prolongation de l'habilitation inscrite à l'article 26 de la loi de financement de la sécurité sociale de l'année dernière, qui permettait une réforme de l'assiette sociale des exploitants agricoles ultramarins dans un délai de dix-huit mois.

Cet amendement est donc le pendant de ceux qui visent à supprimer cette habilitation et qui ont été déposés aux articles 3 et 5 *ter*.

Au vu de la complexité de ce sujet et des potentiels impacts, non négligeables, pour les publics concernés, il convient que le Gouvernement présente des adaptations détaillées dans le corps de la loi et que les parlementaires puissent être consultés sur le sujet.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Pascale Gruny, rapporteur. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 a réformé l'assiette des cotisations sociales des travailleurs indépendants agricoles dans l'Hexagone, et a permis au Gouvernement de légiférer par voie d'ordonnance afin de rendre cette révision applicable aux exploitants agricoles ultramarins.

L'application de cette réforme dans les territoires ultramarins est nécessaire pour mettre en œuvre les dispositions visant à calculer la retraite de base des non-salariés agricoles en fonction des vingt-cinq meilleures années de revenus. C'est la raison pour laquelle ce PLFSS prévoit d'aligner les délais des deux habilitations prévues pour ces deux réformes, afin d'établir une meilleure articulation. Nous avons soutenu l'an passé cette réforme de l'assiette, ainsi que la convergence des modalités de calcul des assiettes entre l'Hexagone et les outre-mer.

L'avis est donc défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Astrid Panosyan-Bouvet, ministre. Même avis.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 674.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 22, modifié.

(L'article 22 est adopté.)

Après l'article 22

M. le président. L'amendement n° 1171 rectifié, présenté par MM. Capus, Malhuret et Chasseing, Mmes Bourcier, L. Darcos et Paoli-Gagin, MM. Chevalier, Brault, Wattedled, Grand, Longeot, Lemoine et Sautarel et Mmes Perrot et Dumont, est ainsi libellé :

Après l'article 22

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement avant le 1^{er} juin 2025 un rapport sur l'application de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale et de l'article 1^{er} de la présente loi. Ce rapport compare les conséquences pour les assurés et les pensionnés d'une affiliation à un régime par répartition et à un régime par capitalisation, à l'image de la Caisse d'assurance vieillesse des pharmaciens ou du régime additionnel de la fonction publique.

Il étudie les modalités d'instauration d'un nouveau régime social applicable à des cotisations versées à un régime obligatoire d'assurance vieillesse par capitalisation, destiné aux salariés et aux indépendants, qui serait intégré dans le système des retraites. Il s'attache également à définir la structure administrative qui pourrait être retenue pour piloter ce nouveau régime obligatoire, ses modalités de financement, la composition de son conseil d'administration ainsi que les règles entourant les placements de ses actifs.

La parole est à Mme Laure Darcos.

Mme Laure Darcos. Cet amendement est proposé par Emmanuel Capus, qui avait déjà présenté cette mesure lors de l'examen de la réforme des retraites.

La réforme des retraites de 2023 a permis de décaler l'âge légal de départ à la retraite à 64 ans. Néanmoins, nous savions déjà, au moment de son examen, qu'elle serait insuf-

fisante et qu'il ne s'agissait que d'une réforme paramétrique, alors que le rapport entre le nombre de retraités et de cotisants va continuer à se dégrader.

Cet amendement vise donc à étudier la possibilité, sur la base du modèle existant pour le régime additionnel de la fonction publique, d'un nouveau modèle de financement des pensions pour les salariés et les indépendants, qui passeraient par une capitalisation collective.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Pascale Gruny, rapporteur. Il est défavorable, tout d'abord parce que l'amendement vise à demander un rapport.

Sur la question de la capitalisation, il y a en effet une réflexion à mener, mais il serait préférable que nous rédigeons nous-mêmes ce rapport, au sein de la commission des affaires sociales.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Astrid Panosyan-Bouvet, ministre. Même avis.

Mme Laure Darcos. Je retire l'amendement, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 1171 rectifié est retiré.

Article 23

- ① I. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :
- ② 1° Après le mot : « revalorisé », la fin de la deuxième phrase du second alinéa de l'article L. 732-54-2 est ainsi rédigée : « dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 351-10 du code de la sécurité sociale. » ;
- ③ 2° À la fin de la première phrase du premier alinéa du IV de l'article L. 732-63, les mots : « 1^{er} janvier de l'année civile au cours de laquelle la pension de retraite prend effet » sont remplacés par les mots : « 1^{er} juillet qui précède la date de prise d'effet de la pension de retraite ».
- ④ II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ⑤ 1° À l'article L. 161-23-1 et aux deux occurrences du dernier alinéa de l'article L. 351-10, le mot : « janvier » est remplacé par le mot : « juillet » ;
- ⑥ 2° La section 1 du chapitre III du titre V du livre VI est complétée par un article L. 653-7-1 ainsi rédigé :
- ⑦ « *Art. L. 653-7-1.* – Le montant de la pension de retraite est revalorisé annuellement à la date prévue à l'article L. 161-23-1, dans la limite du coefficient annuel de revalorisation des pensions fixé dans les conditions prévues au même article L. 161-23-1. »
- ⑧ III. – Au troisième alinéa des articles L. 1142-14 et L. 1142-17 du code de la santé publique, la référence : « L. 351-11 » est remplacée par la référence : « L. 341-6 ».
- ⑨ IV. – Au premier alinéa du g du 1° de l'article 5 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, la première occurrence du mot : « année » est remplacée par le mot : « période ».

M. le président. Je suis saisi de cinq amendements identiques.

L'amendement n° 319 est présenté par MM. Durox, Hochart et Szczurek.

L'amendement n° 605 rectifié est présenté par Mmes Pantel et M. Carrère, M. Bilhac, Mme Briante Guillemont, MM. Cabanel, Fialaire, Gold, Grosvalet et Guiol, Mme Jouve et MM. Laouedj et Roux.

L'amendement n° 667 est présenté par Mmes Lubin et Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, MM. Fichet et Jomier, Mmes Poumirol et Rossignol, MM. Bourgi et Ros, Mmes Linkenheld et Narassiguin, MM. Ziane et Lurel, Mme Bélim, M. Féraud, Mme Harribey, M. Gillé, Mme Brossel, MM. Fagnen et Chantrel, Mme Conway-Mouret, MM. Darras, Michau, Méryllou et Montaugé, Mme Bonnefoy, M. Roiron, Mme Blatrix Contat, M. Jeansannetas, Mme G. Jourda, MM. Vayssouze-Faure et M. Weber, Mme Monier, MM. P. Joly, Marie, Tissot, Durain et Chaillou, Mme Artigalas, MM. Redon-Sarrazy, Ouizille, Pla, Uzenat et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

L'amendement n° 830 est présenté par Mmes Poncet Monge et Souyris, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, M. Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

L'amendement n° 1010 est présenté par Mmes Apourceau-Poly, Brulin, Silvani et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky.

Ces cinq amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Christopher Szczurek, pour présenter l'amendement n° 319.

M. Christopher Szczurek. Dans les jours qui ont suivi son entrée en fonction, le Premier ministre a indiqué ne pas vouloir faire supporter la charge des efforts que l'État doit consentir par les classes moyennes ou populaires. Force est de constater que l'article 23 du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale s'inscrit en contradiction avec cette intention. Il prévoit en effet, en l'état, le report de la date d'indexation des pensions de retraite de base du régime général et du régime des non-salariés agricoles.

Cette mesure est problématique à plusieurs titres.

En premier lieu, elle constitue une rupture du contrat de confiance entre les retraités et l'État. L'indexation, sur une base régulière, des retraites sur l'évolution des prix à la consommation est une disposition largement connue des pensionnés, qui permet de préserver leur pouvoir d'achat face à l'inflation et aux variations des prix. Elle constitue donc une attente légitime à date fixe et, surtout, un dispositif protecteur.

En second lieu, cette mesure est d'une injustice criante. En effet, les pensions du régime de retraite de base sont plafonnées à 50 % du plafond annuel de la sécurité sociale, soit 1 932 euros brut par mois en 2024. C'est donc l'ensemble des retraités dont la pension se situe en deçà de ce plafond qui pâtiront de la désindexation.

Procéder à une évolution sans indexation sur le niveau des prix revient à éroder le niveau des pensions, quand bien même le taux d'inflation serait redevenu raisonnable. Les économies pour l'État, chiffrées à 3,6 milliards d'euros pour l'année 2025, proviennent donc d'une forme d'impôt

déguisé sur les retraités, qui sont réduits à une simple variable d'ajustement destinée à réparer les erreurs budgétaires du passé.

Pour ces raisons, nous demandons la suppression de l'article 23.

M. le président. L'amendement n° 605 rectifié n'est pas soutenu.

La parole est à Mme Monique Lubin, pour présenter l'amendement n° 667.

Mme Monique Lubin. Au travers de cet amendement, nous demandons, nous aussi, la suppression du décalage de l'indexation des pensions de retraite sur l'inflation, du 1^{er} janvier de l'année civile au cours de laquelle la pension de retraite prend effet au 1^{er} juillet qui précède la date de prise d'effet de la pension de retraite.

Nous avons déjà vécu une réforme douloureuse des retraites, que les Français n'ont toujours pas digérée, comme le montrent plusieurs études ; et je pense qu'ils ne la digéreront pas.

En l'occurrence, on nous demande de décaler l'indexation des pensions de retraite du 1^{er} janvier au 1^{er} juillet, même si je sais que nous sera soumise par la suite une autre proposition, dont nous reparlerons.

On nous fait remarquer dans le même temps que, dans le cadre de la réforme des retraites, le minimum contributif (Mico) et les pensions les plus modestes ont été augmentés... Mais si l'on commence à désindexer, ou à ne pas indexer, on prendra de nouveau du retard, notamment concernant les plus petites retraites.

Je regrette que l'on aborde ce débat à minuit quinze !

M. le président. La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge, pour présenter l'amendement n° 830.

Mme Raymonde Poncet Monge. L'article 23 prévoit de reporter au 1^{er} juillet – pour l'instant... – la revalorisation des prestations d'assurance vieillesse. Cette décision conduit, de fait, à ne pas compenser l'inflation pour les retraités, quel que soit leur niveau de revenus, et implique donc une baisse du niveau des pensions en euros constants. Cela s'appelle une baisse du pouvoir d'achat !

Pour le premier semestre, selon l'Observatoire français des conjonctures économiques (OFCE), la perte serait en moyenne d'environ 300 euros par an pour les retraités ayant un niveau de vie proche du niveau médian – la population des retraités est ainsi coupée en deux –, soit une baisse de 1 % dudit niveau de vie. Ces chiffres ont été confirmés par le président du Conseil d'orientation des retraites (COR), Gilbert Cette. Et ce, sans prise en compte du différentiel de taux de revalorisation, qui pénalisera durablement les revenus des retraités ! Ce coût ne portera donc pas seulement sur l'année 2025.

Alors même que le Gouvernement avait dit, pour justifier la réforme des retraites, qu'elle était un effort à consentir pour ne pas réduire les pensions et appauvrir les retraités, voilà finalement qu'il leur fait payer les choix budgétaires opérés depuis 2017, lesquels ont consisté principalement à comprimer les recettes de la sécurité sociale et à multiplier les niches fiscales inéquitables.

Cette mesure aura un impact majeur pour les personnes les plus dépendantes de leur pension de retraite, en particulier les 2 millions de seniors vivant sous le seuil de pauvreté et

l'ensemble des retraités percevant une pension modeste, qui sont souvent des femmes à cause de leurs carrières discontinues et de leurs salaires plus bas. D'autres mesures alternatives sont possibles pour trouver des économies !

Pour ces raisons, le présent amendement vise à revenir sur la non-indexation des retraites sur l'inflation, afin que le pouvoir d'achat des retraités soit maintenu.

M. le président. La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly, pour présenter l'amendement n° 1010.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Mes collègues Monique Lubin et Raymonde Poncet Monge l'ont rappelé, les Français n'ont toujours pas avalé la pilule de la réforme des retraites, très injuste à l'égard du monde ouvrier.

Les pensions de retraite devaient être normalement valorisées au 1^{er} janvier, à hauteur de 2,3 %. Mais le Gouvernement a décidé que cette revalorisation n'interviendrait qu'au 1^{er} juillet et qu'elle serait finalement de 1,8 %. Avec cette mesure, il prévoit de réaliser une économie de 3,6 milliards d'euros en 2025, une fois de plus sur les dos des retraités.

Pour autant, le Gouvernement se montre parfois généreux, puisqu'il avait prévu de maintenir la revalorisation du minimum vieillesse au 1^{er} janvier... Je ne reviendrai pas ici sur le niveau très bas de cette revalorisation.

Après vous être attaqués aux salariés de ce pays en décidant d'une deuxième journée de solidarité, vous allez ponctionner une fois de plus les retraités, dont beaucoup connaissent des difficultés. On voit ainsi nombre d'entre eux se rendre dans les locaux des associations caritatives parce qu'ils n'arrivent pas, après une vie de labeur, à vivre dignement de leur pension de retraite ; c'est bien regrettable !

Vous allez faire payer vos déficits aux retraités. Vous avez en effet refusé toutes les pistes pour trouver de nouvelles recettes que nous avions proposées, préférant comme toujours prendre dans les mêmes poches !

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Pascale Gruny, rapporteur. Nous souhaitons maintenir l'article 23, tel qu'il sera modifié par la commission des affaires sociales au travers de l'amendement que je vais vous présenter dans quelques instants.

L'avis est donc défavorable sur ces amendements identiques de suppression.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Astrid Panosyan-Bouvet, ministre. Conscient qu'il faut aller plus loin pour protéger le niveau de vie des retraités les plus modestes, le Gouvernement est à l'écoute des parlementaires. Ainsi, un accord a été trouvé entre le premier et les seconds, qui s'est traduit dans l'amendement n° 194 rectifié que va vous présenter Mme la rapporteure. Je demande donc le retrait de ces amendements.

M. le président. La parole est à Mme Monique Lubin, pour explication de vote.

Mme Monique Lubin. Lorsque vous dites, madame la ministre, que vous avez trouvé un arrangement pour « améliorer le pouvoir d'achat des retraités », vous voulez plaisanter ? Serait-ce la plaisanterie de minuit vingt?... Nous en reparlerons lors de la présentation de l'amendement n° 194 rectifié de la commission !

M. le président. La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge, pour explication de vote.

Mme Raymonde Poncet Monge. Vous devez en effet plaisanter, madame la ministre ! En réalité, vous avez trouvé un accord, non pas avec les parlementaires, mais avec l'un des plus petits groupes de l'Assemblée nationale. Il faut dire la vérité, car mal nommer les choses, c'est ajouter au malheur du monde. Nous y reviendrons.

Je ne suis pas certaine que le montant des économies, de l'ordre de presque 4 milliards d'euros, que vous prévoyez de faire sur le dos des retraités ne sera pas à terme encore plus élevé si l'amendement que vous évoquez est adopté. Nous aurons l'occasion, en examinant celui-ci, de parler chiffres et indexation...

En tout état de cause, vous êtes contents de « moduler » la baisse du pouvoir d'achat des retraités...

Ce que nous demandons, pour notre part, c'est non pas que le pouvoir d'achat des retraités progresse comme le salaire moyen en France – peut-être savez-vous, en effet, que dans notre pays les salaires augmentent, et que le Smic est indexé... –, mais qu'il ne diminue pas !

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 319, 667, 830 et 1010.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe Les Républicains.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable, de même que celui du Gouvernement.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

M. le président. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à constater le résultat du scrutin.

(Mmes et MM. les secrétaires constatent le résultat du scrutin.)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 73 :

Nombre de votants	343
Nombre de suffrages exprimés	332
Pour l'adoption	122
Contre	210

Le Sénat n'a pas adopté.

Je suis saisi de quatre amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 1260 rectifié, présenté par MM. Grosvalet et Bilhac, Mme Briante Guillemont, M. Cabanel, Mme M. Carrère, MM. Daubet, Fialaire, Gold et Guiol, Mme Jouve, MM. Laouedj et Masset, Mme Pantel et M. Roux, est ainsi libellé :

Rédiger ainsi cet article :

Au titre de l'année 2025, par dérogation à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale, les montants des prestations et des pensions servies par les régimes obligatoires de base relevant du même article L. 161-25 sont revalorisés au 1^{er} juillet.

Toutefois, ne sont pas concernés par cette dérogation :

1° Les pensions de vieillesse ou d'invalidité, de droit direct ou de droit dérivé, y compris leurs majorations, leurs accessoires et leurs suppléments, à l'exception de la majoration mentionnée à l'article L. 355-1 du même code, lorsqu'elles sont servies par les régimes obligatoires de base à des assurés dont le montant total des pensions, ainsi définies, reçues de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des régimes complémentaires et additionnels légalement obligatoires, est inférieur ou égal, le mois précédant celui auquel intervient la revalorisation, à 2 000 euros par mois.

Pour les régimes de retraite dont tout ou partie de la pension est exprimée en points, un décret précise les modalités selon lesquelles il est procédé à l'attribution de points supplémentaires ou à l'application d'un coefficient pour la mise en œuvre de la revalorisation définie aux quatre premiers alinéas du présent article ;

2° Les majorations mentionnées à l'article L. 351-10 du code de la sécurité sociale, à l'article L. 732-54-1 du code rural et de la pêche maritime et à l'article L. 17 du code des pensions civiles et militaires de retraite ainsi que les minima de pension faisant référence au même article L. 17, pour leurs montants accordés à la liquidation ;

3° Le montant minimum de la pension de réversion mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 353-1 du code de la sécurité sociale ;

4° L'allocation de veuvage mentionnée à l'article L. 356-2 du même code ;

5° L'allocation de solidarité aux personnes âgées mentionnée à l'article L. 815-1 dudit code et les prestations mentionnées à l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse ainsi que l'allocation spéciale pour les personnes âgées mentionnée à l'article 28 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte et l'allocation de solidarité aux personnes âgées et les prestations mentionnées, respectivement, aux 1° et 9° de l'article 7 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon.

La parole est à M. Michel Masset.

M. Michel Masset. Il s'appelle Hervé. Et Hervé, il a galéré toute sa vie, multipliant les petits boulots physiques et pénibles. Il est Français, il a cotisé, et un beau jour il part à la retraite, le corps fatigué.

Il touche une petite pension, il vivote en faisant attention, et il s'en sort tant bien que mal.

Il appartient à un public fragilisé, ceux qui claquent un peu des dents quand les prix de l'énergie augmentent, ceux qui mangent un peu moins à cause de la crise inflationniste.

Pourtant, on n'oublie pas complètement Hervé. Sa pension est revalorisée tous les ans à hauteur de l'inflation. Même s'il ne peut pas économiser, il parvient ainsi à maintenir le cap.

Vient l'année 2025. Hervé, pourtant bien nanti avec sa pension de plus de 1 000 euros, se retrouve pris dans le collimateur de l'austérité budgétaire.

Mes chers collègues, par cet exemple qui n'a rien de fictif, je souhaite mettre en lumière la profonde injustice de l'article 23.

La proposition de décaler la revalorisation des pensions de manière indifférenciée fait peser des efforts considérables sur les plus fragiles, ce qui n'est pas acceptable.

Le présent amendement vise donc à revaloriser les pensions de manière différenciée selon le niveau des revenus.

Les pensions de base et complémentaires dont le montant total est inférieur à 2 000 euros seraient revalorisées à hauteur de l'inflation le 1^{er} janvier, conformément à la loi ; la revalorisation de celles qui sont supérieures à ce montant serait gelée jusqu'au 1^{er} juillet 2025.

L'amendement tend à atteindre l'objectif de recherche d'économies pour les comptes publics, tout en préservant les retraités les plus modestes. Il nous semble plus juste que le dispositif initial, applicable indistinctement à tous les retraités.

M. le président. L'amendement n° 194 rectifié, présenté par Mme Gruny, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Rédiger ainsi cet article :

I. – Par dérogation à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale, les montants des prestations et pensions de vieillesse servies par les régimes obligatoires de base relevant de l'article L. 161-23-1 du même code sont revalorisés au titre de 2025 selon un taux fixé par décret.

À compter du 1^{er} juillet 2025, font l'objet d'une revalorisation complémentaire, sur la base d'un coefficient fixé par décret en fonction de l'évolution des prix à la consommation, hors tabac, publiés par l'Institut national de la statistique et des études économiques et de l'application du taux de revalorisation prévu au premier alinéa du présent I :

1° Les pensions de vieillesse, de droit direct ou de droit dérivé, y compris leurs majorations, accessoires et suppléments, à l'exception de la majoration mentionnée à l'article L. 355-1 du même code, lorsqu'elles sont servies par les régimes obligatoires de base à des assurés dont le montant total des pensions, ainsi définies, reçues de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des régimes complémentaires et additionnels légalement obligatoires, est inférieur ou égal, au titre du mois précédant celui auquel intervient la revalorisation prévue au premier alinéa du présent I, à 1 500 euros.

Pour les assurés dont le montant total des pensions tel que défini au précédent alinéa est, au 1^{er} janvier 2025, supérieur à 1 500 euros bruts par mois et inférieur à un montant fixé par décret, le coefficient prévu au deuxième alinéa du présent I est minoré par décret, pour permettre aux assurés dont la pension est légèrement supérieure au seuil de bénéficier d'une partie de cette revalorisation complémentaire.

Pour les régimes de retraite dont tout ou partie de la pension est exprimée en points, le décret précise les modalités selon lesquelles il est procédé à l'attribution de points supplémentaires ou à l'application d'un coefficient pour la mise en œuvre de la revalorisation définie aux quatre premiers alinéas du présent article ;

2° La majoration mentionnée à l'article L. 17 du code des pensions civiles et militaires de retraite ainsi que les minima de pension faisant référence au même article L. 17, pour leurs montants accordés à la liquidation ;

3° Les montants minimaux de la pension de réversion et de la pension d'orphelin mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 353-1 et à l'article L. 358-3 du code de la sécurité sociale.

II. – Le coefficient prévu au 1° du I est également applicable aux arrérages dus aux bénéficiaires de la revalorisation complémentaire au titre des périodes courant du 1^{er} janvier au 30 juin 2025.

Les 2° et 3° du I entrent en vigueur au 1^{er} juillet 2025 et s'appliquent aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2025.

La parole est à Mme le rapporteur.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. Je l'ai rappelé, la situation très dégradée de nos finances publiques nous contraint à un effort ponctuel, qui sera partagé par l'ensemble de nos concitoyens.

La participation des retraités à cet effort se traduit par une moindre revalorisation de leurs pensions de retraite que l'an passé, lorsque nous avons préservé les retraites du choc inflationniste en les revalorisant de 5,3 %.

Tout le monde doit contribuer à hauteur de ses moyens, et les personnes qui touchent des pensions de retraite dont le montant est inférieur au Smic, soit 1 490 euros net, doivent rester protégées de l'inflation.

Le présent amendement, adopté par la commission des affaires sociales, vise à modifier la mesure d'économie portée à l'article 23, en assurant une revalorisation des pensions de base dès le 1^{er} janvier 2025 au niveau de la moitié de l'inflation.

Par la suite, le montant de la pension de base des retraités dont le montant total des pensions – de base et complémentaires – n'excède pas le niveau du Smic sera ensuite revalorisé une seconde fois à hauteur de l'inflation constatée le 1^{er} juillet 2025. Les retraités qui bénéficieront de cette seconde revalorisation percevront également en juillet un rattrapage du manque à gagner entre janvier et juillet. Ils seront ainsi pleinement protégés contre l'inflation.

L'adoption de cet amendement aurait pour conséquence d'amoindrir le rendement attendu de l'article 23 d'environ 500 millions d'euros, mais cette solution me semble la plus équitable.

Si vous me le permettez, monsieur le président, je vous indique dès à présent que la commission émet un avis défavorable sur les amendements n° 1260 rectifié, 635 rectifié *quater* et 228 rectifié *ter*, étudiés en discussion commune avec le présent amendement.

M. le président. L'amendement n° 635 rectifié *quater* n'est pas soutenu.

L'amendement n° 228 rectifié *ter*, présenté par MM. V. Louault, Chasseing, Capus, Médevielle, Chevalier et Rochette, Mme L. Darcos et M. Wattebled, est ainsi libellé :

Rédiger ainsi cet article :

Au titre de l'année 2025, par dérogation aux articles L. 161-23-1 et L. 161-25 du code de la sécurité sociale et L. 732-54-2 du code rural et de la pêche maritime, ne sont exceptionnellement pas revalorisées les pensions de vieillesse ou d'invalidité, de droit direct ou de droit dérivé, y compris leurs majorations, leurs accessoires et leurs suppléments, à l'exception de la majoration mentionnée à l'article L. 355-1 du code de la sécurité sociale, lorsqu'elles sont servies par les régimes obligatoires de base à des assurés dont le montant total des pensions, ainsi définies, reçues de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des régimes complémentaires et additionnels légalement obligatoires, est supérieur ou égal, le mois précédant celui auquel intervient la revalorisation, à 2 100 euros par mois.

La parole est à Mme Laure Darcos.

Mme Laure Darcos. Cet amendement de Vincent Louault avait été déposé à l'Assemblée nationale par le député François Gernigon et ses collègues du groupe Horizons & Indépendants.

Il n'est bien sûr pas question de revenir sur les mesures budgétaires, aujourd'hui incontournables. Néanmoins, il conviendrait de ne pas fragiliser davantage les plus vulnérables, notamment parmi les retraités.

Pour cette raison, cet amendement vise à ne revaloriser, exceptionnellement pour l'année 2025, que les pensions de retraite dont le montant est inférieur à 2 100 euros brut et à concentrer, parallèlement, ces revalorisations sur les petites et moyennes retraites.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Astrid Panosyan-Bouvet, ministre. Le Gouvernement émet également un avis défavorable sur les amendements n° 1260 rectifié et 228 rectifié *ter*.

En revanche, le Gouvernement émet un avis favorable sur l'amendement n° 194 rectifié de la commission.

Mme Émilienne Poumirol. Ils ont négocié...

M. le président. La parole est à Mme Monique Lubin, pour explication de vote.

Mme Monique Lubin. J'ai déjà eu l'occasion d'exposer la position de mon groupe sur cet amendement lors des réunions de la commission des affaires sociales.

Permettez-nous de nous étonner de la manière dont ces mesures ont été annoncées, par quelqu'un qui n'est pas membre du Gouvernement, quelqu'un qui, en outre, ne représente pas une force politique ayant connu un très grand succès lors des élections de juillet dernier...

Avec tout le respect que je vous dois, madame le rapporteur, nous présenter cette solution consistant à indexer dans un premier temps les pensions sur la moitié de l'inflation puis à faire un petit rattrapage en juillet pour les plus modestes comme une avancée est une arnaque – je réutilise le mot que j'ai déjà employé en commission des affaires sociales.

Si l'on revalorisait les pensions en janvier prochain, elles devraient l'être à hauteur de 2,3 % ; les revaloriser à partir du montant prévisionnel de l'inflation en juillet prochain signifie qu'elles ne le seront qu'à hauteur de 1,8 % ! Et c'est sur cette base que sera ensuite calculée l'indexation des pensions les années suivantes : cela représente une perte sèche et définitive pour tous les retraités – tous !

Évidemment, les retraités les plus aisés seront les moins concernés ; mais les plus modestes, ceux dont les pensions sont tout juste supérieures au Smic, seront très fortement pénalisés.

Je m'interroge, comme je l'avais fait lors de l'examen de la nouvelle contribution de solidarité. Les messages envoyés par les Français lors des élections de juillet dernier ont été extrêmement forts, et une chose est certaine : les électeurs se sont déplacés en masse, mais, quels que soient ceux pour qui ils ont voté, ils n'attendaient pas ce genre de solution.

M. le président. La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge, pour explication de vote.

Mme Raymonde Poncet Monge. Nous avons beau deviner à l'avance quel sera le sort des amendements que nous examinons, il serait tout de même courtois que Mme la rapporteure attende leur présentation avant de donner l'avis de la commission. Cette façon de faire est un peu cavalière !

Mme Pascale Gruny, rapporteur. Mais je les connais déjà, j'ai lu leurs objets !

Mme Raymonde Poncet Monge. Qui sait, peut-être seriez-vous convaincue par leur défense... *(Sourires.)*

La version initiale de l'article 23 devait permettre 3,8 milliards d'euros d'économies. Madame la rapporteure, selon vos estimations, votre amendement tendrait à réduire ce montant à 3,3 milliards d'euros. Un peu comme pour la révision des allègements généraux, vous cherchez à atténuer les effets des réformes initialement prévues.

Dans la présentation de votre amendement, vous ne donnez pas de chiffres. La revalorisation des pensions sera-t-elle calculée sur la base de l'inflation prévue en janvier 2025, soit 2,3 %, ou sur la base de celle qui est prévue en juillet 2025, soit 1,8 % ?

Vous parlez de revaloriser les pensions à hauteur de la moitié de l'inflation. Admettons que le taux soit fixé à 0,8 % ou à 0,9 % – je ne sais pas lequel de ces deux chiffres sera finalement retenu. Les pensions supérieures au Smic seraient indexées définitivement à ce taux, au lieu de l'être à 2,3 %.

L'année prochaine, lorsque seront revalorisées les pensions par référence au taux d'inflation constaté en janvier 2026 – à moins que vous n'en décidiez une nouvelle fois autrement, mais cette indexation est prévue par la loi –, les montants pris en compte seront alors moindres que si les pensions avaient été revalorisées en janvier prochain. C'est mathématique !

Il faudrait donc faire une analyse de la perte cumulée, définitive et durable que cette mesure représente. En réalité, ces 500 millions d'euros d'économies auxquels vous renoncez seront récupérés, car les pensions seront réévaluées à partir d'une base sous-indexée.

M. le président. La parole est à Mme Frédérique Puissat, pour explication de vote.

Mme Frédérique Puissat. Mes chers collègues, nous pouvons ne pas être d'accord sur le fond ou sur la forme, mais il n'est pas très respectueux de parler de la taille des groupes à l'Assemblée nationale. *(Mme Monique Lubin proteste.)*

Il existe de petits groupes, il existe de grands groupes, mais tous leurs membres sont des parlementaires élus par le peuple, et l'on se doit de les respecter. *(Marques d'ironie sur les travées des groupes SER et CRCE-K.)*

M. le président. Monsieur Masset, l'amendement n° 1260 rectifié est-il maintenu ?

M. Michel Masset. M. Philippe Grosvalet m'a demandé de le défendre ; je le maintiens, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1260 rectifié.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe Les Républicains.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable, de même que celui du Gouvernement.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

M. le président. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à constater le résultat du scrutin.

(Mmes et MM. les secrétaires constatent le résultat du scrutin.)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 74 :

Nombre de votants	343
Nombre de suffrages exprimés	223
Pour l'adoption	13
Contre	210

Le Sénat n'a pas adopté.

Je mets aux voix l'amendement n° 194 rectifié.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe Les Républicains.

Je rappelle que l'avis de la commission est favorable, de même que celui du Gouvernement.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

M. le président. Personne ne demande plus à voter?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à constater le résultat du scrutin.

(Mmes et MM. les secrétaires constatent le résultat du scrutin.)

M. le président. Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 75 :

Nombre de votants	341
Nombre de suffrages exprimés	331
Pour l'adoption	231
Contre	100

Le Sénat a adopté.

En conséquence, l'article 23 est ainsi rédigé, et 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.

Mes chers collègues, nous avons examiné 272 amendements au cours de la journée ; il en reste 87 à examiner.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

10

ORDRE DU JOUR

M. le président. Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée à aujourd'hui, samedi 23 novembre 2024 :

À neuf heures quarante-cinq, quatorze heures trente et le soir :

Suite du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, dont le Sénat est saisi en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution (texte n^o 129, 2024-2025).

Personne ne demande la parole?...

La séance est levée.

(La séance est levée le samedi 23 novembre 2024, à zéro heure quarante-cinq.)

*Pour le Directeur des comptes rendus du Sénat,
le Chef de publication*

FRANÇOIS WICKER

ANNEXES AU PROCÈS-VERBAL

de la séance

du vendredi 22 novembre 2024

SCRUTIN N° 67

sur les amendements identiques n° 101 rectifié, présenté par M. Alain Milon et plusieurs de ses collègues, n° 580 rectifié, présenté par Mme Maryse Carrère et plusieurs de ses collègues, n° 883, présenté par Mme Christine Bonfanti-Dossat et plusieurs de ses collègues, n° 967, présenté par Mme Céline Brulin et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste - Kanaky, et n° 1123, présenté par Mme Anne Souyris et les membres du groupe Écologiste - Solidarité et Territoires, tendant à supprimer l'article 15 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	340
Suffrages exprimés	335
Pour	112
Contre	223

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE LES RÉPUBLICAINS (130) :

Pour : 3 Mme Florence Lassarade, MM. Alain Milon, Laurent Somon

Contre : 126

N'a pas pris part au vote : 1 M. Gérard Larcher, Président du Sénat

GRUPE SOCIALISTE, ÉCOLOGISTE ET RÉPUBLICAIN (64) :

Pour : 64

GRUPE UNION CENTRISTE (60) :

Contre : 59

N'a pas pris part au vote : 1 M. Loïc Hervé, Président de séance

GRUPE RASSEMBLEMENT DES DÉMOCRATES, PROGRESSISTES ET INDÉPENDANTS (20) :

Contre : 20

GRUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (19) :

Contre : 18

N'a pas pris part au vote : 1 M. Joël Guerriau

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE - KANAKY (18) :

Pour : 18

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (16) :

Pour : 11

Abstentions : 5 Mme Mireille Conte Jaubert, M. Raphaël Daubet, Mmes Véronique Guillotin, Mireille Jouve, M. Michel Masset

GRUPE ÉCOLOGISTE - SOLIDARITÉ ET TERRITOIRES (16) :

Pour : 16

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (4) :

N'ont pas pris part au vote : 4 MM. Aymeric Durox, Joshua Hochart, Stéphane Ravier, Christopher Szczurek

Ont voté pour :

Cathy Apourceau-Poly	Jérôme Durain	Serge Méryllou
Viviane Artigalas	Vincent Éblé	Jean-Jacques Michau
Jérémy Bacchi	Frédérique Espagnac	Alain Milon
Pierre Barros	Sébastien Fagnen	Marie-Pierre Monier
Alexandre Basquin	Rémi Féraud	Franck Montaugé
Audrey Bélim	Corinne Féret	Corinne Narassiguin
Guy Benarroche	Jacques Fernique	Mathilde Ollivier
Christian Bilhac	Bernard Fialaire	Alexandre Ouizille
Grégory Blanc	Jean-Luc Fichet	Pierre Ouzoulias
Florence Blatrix	Fabien Gay	Guyène Pantel
Contat	Hervé Gillé	Sebastien Pla
Nicole Bonnefoy	Éric Gold	Raymonde Poncet
Denis Bouad	Guillaume Gontard	Monge
Hussein Bourgi	Michelle Gréaume	Émilienne Poumirol
Sophie Briante	Philippe Grosvalet	Claude Raynal
Guillemont	Antoinette Guhl	Christian Redon-
Isabelle Briquet	André Guiol	Sarrazy
Ian Brossat	Laurence Harribey	Sylvie Robert
Colombe Brossel	Olivier Jacquin	Pierre-Alain Roiron
Céline Brulin	Yannick Jadot	David Ros
Henri Cabanel	Éric Jeansannetas	Laurence Rossignol
Marion Canalès	Patrice Joly	Jean-Yves Roux
Rémi Cardon	Bernard Jomier	Daniel Salmon
Marie-Arlette Carlotti	Gisèle Jourda	Pascal Savoldelli
Maryse Carrère	Patrick Kanner	Ghislaine Senée
Christophe Chaillou	Éric Kerrouche	Silvana Silvani
Yan Chantrel	Marie-Pierre de La	Laurent Somon
Catherine Conconne	Gontrie	Anne Souyris
Hélène Conway-	Gérard Lahellec	Lucien Stanzione
Mouret	Ahmed Laouedj	Rachid Temal
Evelyne Corbière	Florence Lassarade	Jean-Claude Tissot
Naminzo	Annie Le Houerou	Simon Uzenat
Jean-Pierre Corbisez	Audrey Linkenheld	Mickaël Vallet
Thierry Cozic	Jean-Jacques Lozach	Marie-Claude Varailles
Cécile Cukierman	Monique Lubin	Jean-Marc Vayssouze-
Karine Daniel	Victorin Lurel	Faure
Ronan Dantec	Monique de Marco	Mélanie Vogel
Jérôme Darras	Marianne Margaté	Michaël Weber
Gilbert-Luc Devinez	Didier Marie	Robert Wienie Xowie
Thomas Dossus	Akli Mellouli	Adel Ziane

Ont voté contre :

Marie-Do Aeschlimann	Nicole Duranton	Pascal Martin
Pascal Allizard	Dominique Estrosi Sassone	Pauline Martin
Jean-Claude Anglars	Jacqueline Eustache-Brinio	Hervé Maurey
Jocelyne Antoine	Agnès Evren	Pierre Médevielle
Jean-Michel Arnaud	Daniel Fargeot	Thierry Meignen
Jean Bacci	Gilbert Favreau	Franck Menonville
Philippe Bas	Isabelle Florennes	Marie Mercier
Arnaud Bazin	Philippe Folliot	Damien Michallet
Bruno Belin	Stéphane Fouassin	Brigitte Micouleau
Marie-Jeanne Bellamy	Christophe-André Frassa	Jean-Marie Mizzon
Nadine Bellurot	Amel Gacquerre	Albéric de Montgolfier
Catherine Belrhiti	Fabien Genet	Catherine Morin-Desailly
Martine Berthet	Frédérique Gerbaud	Philippe Mouiller
Annick Billon	Béatrice Gosselin	Laurence Muller-Bronn
Olivier Bitz	Nathalie Goulet	Solanges Nadille
Étienne Blanc	Sylvie Goy-Chavent	Georges Naturel
Jean-Baptiste Blanc	Jean-Pierre Grand	Anne-Marie Nédélec
Yves Bleunven	Daniel Gremillet	Louis-Jean de Nicolaj
Christine Bonfanti-Dossat	Jacques Groperrin	Sylviane Noël
François Bonhomme	Pascal Gruny	Claude Nougéin
François Bonneau	Daniel Gueret	Jean-Baptiste Olivier
Michel Bonnus	Jocelyne Guidez	Saïd Omar Oli
Alexandra Borchio Fontimp	Nadège Havet	Olivier Paccaud
Gilbert Bouchet	Ludovic Haye	Jean-Jacques Panunzi
Corinne Bourcier	Olivier Henno	Vanina Paoli-Gagin
Jean-Marc Boyer	Christine Herzog	Paul Toussaint Parigi
Valérie Boyer	Jean Hingray	Georges Patient
Jean-Luc Brault	Alain Houpert	François Patriat
Max Brisson	Marie-Lise Housseau	Anne-Sophie Patru
Christian Bruyen	Jean-Raymond Hugonet	Philippe Paul
Bernard Buis	Jean-François Husson	Jean-Gérard Paumier
Laurent Burgoa	Brigitte Hybert	Cyril Pellevat
Frédéric Buval	Xavier Iacovelli	Clément Pernot
Alain Cadec	Corinne Imbert	Cédric Perrin
Olivier Cadic	Annick Jacquemet	Maurice Perrion
Guislain Cambier	Micheline Jacques	Évelyne Perrot
Christian Cambon	Lauriane Josende	Annick Petrus
Michel Canévet	Else Joseph	Marie-Laure Phinera-Horth
Vincent Capocanellas	Muriel Jourda	Stéphane Piednoir
Emmanuel Capus	Alain Joyandet	Bernard Pillefer
Alain Cazabonne	Roger Karoutchi	Kristina Pluchet
Samantha Cazebonne	Claude Kern	Rémy Pointereau
Anne Chain-Larché	Khalifé Khalifé	Frédérique Puissat
Patrick Chaize	Christian Klinger	Didier Rambaud
Daniel Chasseing	Mikaele Kulimoetoke	Salama Ramia
Alain Chatillon	Sonia de La Provôté	Jean-François Rapin
Patrick Chauvet	Laurent Lafon	André Reichardt
Cédric Chevalier	Marc Laménie	Évelyne Renaud-Garabedian
Guillaume Chevrollier	Michel Laugier	Hervé Reynaud
Marta de Cidrac	Daniel Laurent	Olivia Richard
Olivier Cigolotti	Christine Lavarde	Marie-Pierre Richer
Marie-Carole Ciuntu	Antoine Lefèvre	Olivier Rietmann
Édouard Courtial	Dominique de Legge	Pierre Jean Rochette
Pierre Cuyppers	Ronan Le Gleut	Teva Rohfritsch
Laure Darcos	Jean-Baptiste Lemoyne	Bruno Rojouan
Mathieu Darnaud	Marie-Claude Lermytte	Anne-Sophie Romagny
Marc-Philippe Daubresse	Henri Leroy	Jean-Luc Ruelle
Vincent Delahaye	Stéphane Le Rudulier	Denise Saint-Pé
Bernard Delcros	Pierre-Antoine Levi	Hugues Saury
Patricia Demas	Martin Lévrier	Stéphane Sautarel
Stéphane Demilly	Anne-Catherine Loisier	Michel Savin
Chantal Deseyne	Jean-François Longeot	Elsa Schalck
Brigitte Devésa	Vivette Lopez	Patricia Schillinger
Franck Dhersin	Vincent Louault	Bruno Sido
Catherine Di Folco	Virginie Lucot Avril	Jean Sol
Élisabeth Doineau	Viviane Malet	Nadia Sollogoub
Sabine Drexler	Claude Malhuret	Francis Szpiner
Alain Duffourg	Didier Mandelli	Philippe Tabarot
Catherine Dumas	Alain Marc	Lana Tetuanui
Françoise Dumont	Hervé Marseille	Dominique Théophile
Éric Dumoulin		Sylvie Valente Le Hir
Laurent Duplomb		

Jean-Marie Vanlerenberghe	Sylvie Vermeillet	Jean Pierre Vogel
Anne Ventalon	Pierre-Jean Verzelen	Louis Vogel
Dominique Vérien	Cédric Vial	Dany Wattedled
	Paul Vidal	

Abstentions :

Mireille Conte Jaubert	Véronique Guillotin	Michel Masset
Raphaël Daubert	Mireille Jouve	

N'ont pas pris part au vote :

Gérard Larcher, Président du Sénat	Aymeric Durox	Christopher Szczurek
Loïc Hervé, Président de séance	Joël Guerriau	
	Joshua Hochart	
	Stéphane Ravier	

SCRUTIN N° 68

les amendements identiques n° 399 rectifié, présenté par M. Alain Milon et plusieurs de ses collègues, n° 1013, présenté par Mme Céline Brulin et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste - Kanaky, et n° 1109, présenté par Mme Anne Souyris et les membres du groupe Écologiste - Solidarité et Territoires, tendant à supprimer l'article 16 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	340
Suffrages exprimés	329
Pour	122
Contre	207

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN**GRUPE LES RÉPUBLICAINS (130) :**

Pour : 4 Mme Marie-Do Aeschlimann, MM. Alain Milon, Jean Sol, Laurent Somon

Contre : 125

N'a pas pris part au vote : 1 M. Gérard Larcher, Président du Sénat

GRUPE SOCIALISTE, ÉCOLOGISTE ET RÉPUBLICAIN (64) :

Pour : 63

Abstention : 1 M. Bernard Jomier

GRUPE UNION CENTRISTE (60) :

Contre : 59

N'a pas pris part au vote : 1 M. Loïc Hervé, Président de séance

GRUPE RASSEMBLEMENT DES DÉMOCRATES, PROGRESSISTES ET INDÉPENDANTS (20) :

Pour : 20

GRUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (19) :

Pour : 1 M. Daniel Chasseing

Contre : 17

N'a pas pris part au vote : 1 M. Joël Guerriau

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE - KANAKY (18) :

Pour : 18

GROUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (16) :

Contre : 6 M. Christian Billac, Mme Sophie Briante Guillemont, M. Henri Cabanel, Mme Maryse Carrère, MM. Éric Gold, Philippe Grosvalet

Abstentions : 10

GROUPE ÉCOLOGISTE - SOLIDARITÉ ET TERRITOIRES (16) :

Pour : 16

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (4) :

N'ont pas pris part au vote : 4 MM. Aymeric Durox, Joshua Hochart, Stéphane Ravier, Christopher Szczurek

Ont voté pour :

Marie-Do Aeschlimann	Frédérique Espagnac	Corinne Narassiguin
Cathy Apourceau-Poly	Sébastien Fagnen	Mathilde Ollivier
Viviane Artigalas	Rémi Féraud	Saïd Omar Oili
Jérémy Bacchi	Corinne Féret	Alexandre Ouizille
Pierre Barros	Jacques Fernique	Pierre Ouzoulias
Alexandre Basquin	Jean-Luc Fichet	Georges Patient
Audrey Bélim	Stéphane Fouassin	François Patriat
Guy Benarroche	Fabien Gay	Marie-Laure Phinera-Horth
Grégory Blanc	Hervé Gillé	Sebastien Pla
Florence Blatrix Contat	Guillaume Gontard	Raymonde Poncet Monge
Nicole Bonnefoy	Michelle Gréaume	Émilienne Poumirol
Denis Bouad	Antoinette Guhl	Didier Rambaud
Hussein Bourgi	Laurence Harribey	Salama Ramia
Isabelle Briquet	Nadège Havet	Claude Raynal
Ian Brossat	Xavier Iacovelli	Christian Redon-Sarrazy
Colombe Brossel	Olivier Jacquin	Sylvie Robert
Céline Brulin	Yannick Jadot	Teva Rohfritsch
Bernard Buis	Éric Jeansannetas	Pierre-Alain Roiron
Frédéric Buval	Patrice Joly	David Ros
Marion Canalès	Gisèle Jourda	Laurence Rossignol
Rémi Cardon	Patrick Kanner	Daniel Salmon
Marie-Arlette Carlotti	Éric Kerrouche	Pascal Savoldelli
Samantha Cazebonne	Mikaele Kulimoetoke	Patricia Schillinger
Christophe Chaillou	Marie-Pierre de La Gontrie	Ghislaine Senée
Yan Chantrel	Gérard Lahellec	Silvana Silvani
Daniel Chasseing	Annie Le Houerou	Jean Sol
Catherine Conconne	Jean-Baptiste Lemoyne	Laurent Somon
Hélène Conway-Mouret	Martin Lévrier	Anne Souyris
Evelyne Corbière	Audrey Linkenheld	Lucien Stanzione
Naminzo	Jean-Jacques Lozach	Rachid Temal
Jean-Pierre Corbisez	Monique Lubin	Dominique Théophile
Thierry Cozic	Victorin Lurel	Jean-Claude Tissot
Cécile Cukierman	Monique de Marco	Simon Uzenat
Karine Daniel	Marianne Margaté	Mickaël Vallet
Ronan Dantec	Didier Marie	Marie-Claude Varailles
Jérôme Darras	Akli Mellouli	Jean-Marc Vayssouze-Faure
Gilbert-Luc Devinaz	Serge Méryllou	Mélanie Vogel
Thomas Dossus	Jean-Jacques Michau	Michaël Weber
Jérôme Durain	Alain Milon	Robert Wienie Xowie
Nicole Duranton	Marie-Pierre Monier	Adel Ziane
Vincent Éblé	Franck Montaugé	
	Solanges Nadille	

Ont voté contre :

Pascal Allizard	Olivier Bitz	Valérie Boyer
Jean-Claude Anglars	Étienne Blanc	Jean-Luc Brault
Jocelyne Antoine	Jean-Baptiste Blanc	Sophie Briante Guillemont
Jean-Michel Arnaud	Yves Bleunven	Max Brisson
Jean Bacci	Christine Bonfanti-Dossat	Christian Bruyen
Philippe Bas	François Bonhomme	Laurent Burgoa
Arnaud Bazin	François Bonneau	Henri Cabanel
Bruno Belin	Michel Bonnus	Alain Cadec
Marie-Jeanne Bellamy	Alexandra Borchio	Olivier Cadic
Nadine Bellurot	Fontimp	Guislain Cambier
Catherine Belrhiti	Gilbert Bouchet	Christian Cambon
Martine Berthet	Corinne Bourcier	Michel Canévet
Christian Billac	Jean-Marc Boyer	
Annick Billon		

Vincent Capocanellas	Olivier Henno	Laurence Muller-Bronn
Emmanuel Capus	Christine Herzog	Georges Naturel
Maryse Carrère	Jean Hingray	Anne-Marie Nédélec
Alain Cazabonne	Alain Houpert	Louis-Jean de Nicolay
Anne Chain-Larché	Marie-Lise Housseau	Sylviane Noël
Patrick Chaize	Jean-Raymond Hugonet	Claude Nougéin
Alain Chatillon	Jean-François Husson	Jean-Baptiste Olivier
Patrick Chauvet	Brigitte Hybert	Olivier Paccaud
Cédric Chevalier	Corinne Imbert	Jean-Jacques Panunzi
Guillaume Chevrollier	Annick Jacquemet	Vanina Paoli-Gagin
Marta de Cidrac	Micheline Jacques	Paul Toussaint Parigi
Olivier Cigolotti	Lauriane Josende	Anne-Sophie Patru
Marie-Carole Ciuntu	Else Joseph	Philippe Paul
Édouard Courtial	Muriel Jourda	Jean-Gérard Paumier
Pierre Cuypers	Alain Joyandet	Cyril Pellevat
Laure Darcos	Roger Karoutchi	Clément Pernot
Mathieu Darnaud	Claude Kern	Cédric Perrin
Marc-Philippe Daubresse	Khalifé Khalifé	Maurice Perrion
Vincent Delahaye	Christian Klinger	Évelyne Perrot
Bernard Delcros	Sonia de La Provôté	Annick Petrus
Patricia Demas	Laurent Lafon	Sonia de Piednoir
Stéphane Demilly	Marc Laménie	Bernard Pillefer
Chantal Deseyne	Florence Lassarade	Kristina Pluchet
Brigitte Devésa	Michel Laugier	Rémy Pointereau
Franck Dhersin	Daniel Laurent	Frédérique Puisseat
Catherine Di Folco	Christine Lavarde	Jean-François Rapin
Élisabeth Doineau	Antoine Lefèvre	André Reichardt
Sabine Drexler	Antoine Lefèvre	Évelyne Renaud-Garabedian
Alain Duffourg	Dominique de Legge	Hervé Reynaud
Catherine Dumas	Ronan Le Gleut	Olivia Richard
Françoise Dumont	Marie-Claude Lermytte	Marie-Pierre Richer
Éric Dumoulin	Henri Leroy	Olivier Rietmann
Laurent Duplomb	Stéphane Le Rudulier	Pierre Jean Rochette
Dominique Estrosi Sassone	Pierre-Antoine Levi	Bruno Rojouan
Jacqueline Eustache-Brinio	Anne-Catherine Loisier	Anne-Sophie Romagny
Agnès Evren	Jean-François Longeot	Jean-Luc Ruelle
Daniel Fargeot	Vivette Lopez	Denise Saint-Pé
Gilbert Favreau	Vincent Louault	Hugues Saury
Isabelle Florennes	Virginie Lucot Avril	Stéphane Sautarel
Philippe Folliot	Viviane Malet	Michel Savin
Christophe-André Frassa	Claude Malhuret	Elsa Schalck
Amel Gacquerre	Didier Mandelli	Bruno Sido
Fabien Genet	Alain Marc	Nadia Sollogoub
Frédérique Gerbaud	Hervé Marseille	Francis Szpiner
Éric Gold	Pascal Martin	Philippe Tabarot
Béatrice Gosselin	Pauline Martin	Lana Tetuanui
Nathalie Goulet	Hervé Maurey	Sylvie Valente Le Hir
Sylvie Goy-Chavent	Pierre Médevielle	Jean-Marie Vanlerenberghe
Jean-Pierre Grand	Thierry Meignen	Anne Ventalon
Daniel Gremillet	Franck Menonville	Dominique Vérien
Jacques Groperrin	Marie Mercier	Sylvie Vermeillet
Philippe Grosvalet	Damien Michallet	Pierre-Jean Verzelen*
Pascale Gruny	Brigitte Micoulean	Cédric Vial
Daniel Gueret	Jean-Marie Mizzon	Paul Vidal
Jocelyne Guidez	Albéric de Montgolfier	Jean Pierre Vogel
Ludovic Haye	Catherine Morin-Desailly	Louis Vogel
	Philippe Mouiller	Dany Wattedled

Abstentions :

Mireille Conte Jaubert	André Guiol	Michel Masset
Raphaël Daubet	Bernard Jomier	Guyène Pantel
Bernard Fialaire	Mireille Jouve	Jean-Yves Roux
Véronique Guillotin	Ahmed Laouedj	

N'ont pas pris part au vote :

Gérard Larcher, Président du Sénat	Aymeric Durox	Christopher Szczurek
Loïc Hervé, Président de séance	Joël Guerriau	
	Joshua Hochart	
	Stéphane Ravier	

* Lors de la séance du vendredi 22 novembre 2024, M. Pierre-Jean Verzelen a fait savoir qu'il aurait souhaité voter pour.

SCRUTIN N° 69

sur l'amendement n° 1332 rectifié, présenté par le Gouvernement, tendant à insérer un article additionnel après l'article 16 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	343
Suffrages exprimés	323
Pour	221
Contre	102

Le Sénat a adopté

ANALYSE DU SCRUTIN**GRUPE LES RÉPUBLICAINS (130) :**

Pour : 128

Abstention : 1 M. Alain Milon

N'a pas pris part au vote : 1 M. Gérard Larcher, Président du Sénat

GRUPE SOCIALISTE, ÉCOLOGISTE ET RÉPUBLICAIN (64) :

Contre : 63

Abstention : 1 M. Bernard Jomier

GRUPE UNION CENTRISTE (60) :

Pour : 57

Contre : 1 Mme Nadia Sollogoub

Abstention : 1 Mme Anne-Sophie Romagny

N'a pas pris part au vote : 1 M. Loïc Hervé, Président de séance

GRUPE RASSEMBLEMENT DES DÉMOCRATES, PROGRESSISTES ET INDÉPENDANTS (20) :

Pour : 18

Contre : 1 M. Frédéric Buval

Abstention : 1 Mme Solanges Nadille

GRUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (19) :

Pour : 18

N'a pas pris part au vote : 1 M. Joël Guerriau

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE - KANAKY (18) :

Contre : 18

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (16) :

Abstentions : 16

GRUPE ÉCOLOGISTE - SOLIDARITÉ ET TERRITOIRES (16) :

Contre : 16

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (4) :

Contre : 3

N'a pas pris part au vote : 1 M. Stéphane Ravier

Ont voté pour :

Marie-Do Aeschlimann	Jean-Claude Anglars	Jean Bacci
Pascal Allizard	Jocelyne Antoine	Philippe Bas
	Jean-Michel Arnaud	Arnaud Bazin

Bruno Belin
Marie-Jeanne Bellamy
Nadine Bellurrot
Catherine Belrhiti
Martine Berthet
Annick Billon
Olivier Bitz
Étienne Blanc
Jean-Baptiste Blanc
Yves Bleunven
Christine Bonfanti-Dossat
François Bonhomme
François Bonneau
Michel Bonnus
Alexandra Borchio Fontimp
Gilbert Bouchet
Corinne Bourcier
Jean-Marc Boyer
Valérie Boyer
Jean-Luc Brault
Max Brisson
Christian Bruyen
Bernard Buis
Laurent Burgoa
Alain Cadec
Olivier Cadic
Guislain Cambier
Christian Cambon
Michel Canévet
Vincent Capocanellas
Emmanuel Capus
Alain Cazabonne
Samantha Cazebonne
Anne Chain-Larché
Patrick Chaize
Daniel Chasseing
Alain Chatillon
Patrick Chauvet
Cédric Chevalier
Guillaume Chevrollier
Marta de Cidrac
Olivier Cigolotti
Marie-Carole Ciuntu
Édouard Courtial
Pierre Cuyppers
Laure Darcos
Mathieu Darnaud
Marc-Philippe Daubresse
Vincent Delahaye
Bernard Delcros
Patricia Demas
Stéphane Demilly
Chantal Deseyne
Brigitte Devésa
Franck Dhersin
Catherine Di Folco
Élisabeth Doineau
Sabine Drexler
Alain Duffourg
Catherine Dumas
Françoise Dumont
Éric Dumoulin
Laurent Duplomb
Nicole Durantont
Dominique Estrosi Sassone
Jacqueline Eustache-Brinio
Agnès Evren
Daniel Fargeot
Gilbert Favreau
Isabelle Florennes
Philippe Folliot

Stéphane Fouassin
Christophe-André Frassa
Amel Gacquerre
Fabien Genet
Frédérique Gerbaud
Béatrice Gosselin
Nathalie Goulet
Sylvie Goy-Chavent
Jean-Pierre Grand
Daniel Gremillet
Jacques Grosperin
Pascale Gruny
Daniel Gueret
Jocelyne Guidez
Nadège Havet
Ludovic Haye
Olivier Henno
Christine Herzog
Jean Hingray
Alain Houpert
Marie-Lise Housseau
Jean-Raymond Hugonet
Jean-François Husson
Brigitte Hybert
Xavier Iacovelli
Corinne Imbert
Annick Jacquemet
Micheline Jacques
Lauriane Josende
Else Joseph
Muriel Jourda
Alain Joyandet
Roger Karoutchi
Claude Kern
Khalifé Khalifé
Christian Klinger
Mikaele Kulimoetoke
Sonia de La Provôté
Laurent Lafon
Marc Laménie
Florence Lassarade
Michel Laugier
Daniel Laurent
Christine Lavarde
Antoine Lefèvre
Dominique de Legge
Ronan Le Gleut
Jean-Baptiste Lemoyne
Marie-Claude Lermytte
Henri Leroy
Stéphane Le Rudulier
Pierre-Antoine Levi
Martin Lévrier
Anne-Catherine Loisier
Jean-François Longeot
Vivette Lopez
Vincent Louault
Virginie Lucot Avril
Viviane Malet
Claude Malhuret
Didier Mandelli
Alain Marc
Hervé Marseille
Pascal Martin
Pauline Martin
Hervé Maurey
Pierre Médevielle
Thierry Meignen
Franck Menonville
Marie Mercier
Damien Michallet
Brigitte Micouleau

Jean-Marie Mizzon
Albéric de Montgolfier
Catherine Morin-Desailly
Philippe Mouiller
Laurence Muller-Bronn
Georges Naturel
Anne-Marie Nédélec
Louis-Jean de Nicolaï
Sylviane Noël
Claude Nougein
Jean-Baptiste Olivier
Saïd Omar Oili
Olivier Paccaud
Jean-Jacques Panunzi
Vanina Paoli-Gagin
Paul Toussaint Parigi
Georges Patient
François Patriat
Anne-Sophie Patru
Philippe Paul
Jean-Gérard Paumier
Cyril Pellevat
Clément Pernot
Cédric Perrin
Maurice Perrion
Évelyne Perrot
Annick Petrus
Marie-Laure Phinera-Horth
Stéphane Piednoir
Bernard Pillefer
Kristina Pluchet
Rémy Pointereau
Frédérique Puissant
Didier Rambaud
Salama Ramia
Jean-François Rapin
André Reichardt
Évelyne Renaud-Garabedian
Hervé Reynaud
Olivia Richard
Marie-Pierre Richer
Olivier Rietmann
Pierre Jean Rochette
Teva Rohfritsch
Bruno Rojouan
Jean-Luc Ruelle
Denise Saint-Pé
Hugues Saury
Stéphane Sautarel
Michel Savin
Elsa Schalck
Patricia Schillinger
Bruno Sido
Jean Sol
Laurent Somon
Francis Szpiner
Philippe Tabarot
Lana Tetuanui
Dominique Théophile
Sylvie Valente Le Hir
Jean-Marie Vanlerenberghe
Anne Ventalon
Dominique Vérien
Sylvie Vermeillet
Pierre-Jean Verzelen
Cédric Vial
Paul Vidal
Jean Pierre Vogel
Louis Vogel
Dany Wattedled

Ont voté contre :

Cathy Apourceau-Poly	Aymeric Durox	Franck Montaugé
Viviane Artigalas	Vincent Éblé	Corinne Narassiguin
Jérémy Bacchi	Frédérique Espagnac	Mathilde Ollivier
Pierre Barros	Sébastien Fagnen	Alexandre Ouizille
Alexandre Basquin	Rémi Féraud	Pierre Ouzoulias
Audrey Bélim	Corinne Féret	Sebastien Pla
Guy Benarroche	Jacques Fernique	Raymonde Poncet
Grégory Blanc	Jean-Luc Fichet	Monge
Florence Blatrix	Fabien Gay	Émilienne Poumirol
Contat	Hervé Gillé	Claude Raynal
Nicole Bonnefoy	Guillaume Gontard	Christian Redon-
Denis Bouad	Michelle Gréaume	Sarrazy
Hussein Bourgi	Antoinette Guhl	Sylvie Robert
Isabelle Briquet	Laurence Harribey	Pierre-Alain Roiron
Ian Brossat	Joshua Hochart	David Ros
Colombe Brossel	Olivier Jacquin	Laurence Rossignol
Céline Brulin	Yannick Jadot	Daniel Salmon
Frédéric Buval	Éric Jeansannetas	Pascal Savoldelli
Marion Canalès	Patrice Joly	Ghislaine Senée
Rémi Cardon	Gisèle Jourda	Silvana Silvani
Marie-Arlette Carlotti	Patrick Kanner	Nadia Sollogoub
Christophe Chaillou	Éric Kerrouche	Anne Souyris
Yan Chantrel	Marie-Pierre de La	Lucien Stanzione
Catherine Conconne	Gontrie	Christopher Szczurek
Hélène Conway-	Gérard Lahellec	Rachid Temal
Mouret	Annie Le Houerou	Jean-Claude Tissot
Evelyne Corbière	Audrey Linkenheld	Simon Uzenat
Naminzo	Jean-Jacques Lozach	Mickaël Vallet
Jean-Pierre Corbisez	Monique Lubin	Marie-Claude Varaillas
Thierry Cozic	Victorin Lurel	Jean-Marc Vayssouze-
Cécile Cukierman	Monique de Marco	Faure
Karine Daniel	Marianne Margaté	Mélanie Vogel
Ronan Dantec	Didier Marie	Michael Weber
Jérôme Darras	Akli Mellouli	Robert Wienie Xowie
Gilbert-Luc Devinaz	Serge Mérillou	Adel Ziane
Thomas Dossus	Jean-Jacques Michau	
Jérôme Durain	Marie-Pierre Monier	

Abstentions :

Christian Bilhac	Éric Gold	Alain Milon
Sophie Briante	Philippe Grosvalet	Solanges Nadille
Guillemont	Véronique Guillotin	Guyène Pantel
Henri Cabanel	André Guiol	Anne-Sophie
Maryse Carrère	Bernard Jomier	Romagny
Mireille Conte Jaubert	Mireille Jouve	Jean-Yves Roux
Raphaël Daubert	Ahmed Laouedj	
Bernard Fialaire	Michel Masset	

N'ont pas pris part au vote :

Gérard Larcher, Président du Sénat, Loïc Hervé, Président de séance, Joël Guerriau, Stéphane Ravier.

SCRUTIN N° 70

sur l'amendement n° 151, présenté par Mme Corinne Imbert au nom de la commission des affaires sociales, tendant à insérer un article additionnel après l'article 16 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	343
Suffrages exprimés	341
Pour	214
Contre	127

Le Sénat a adopté

ANALYSE DU SCRUTIN**GRUPE LES RÉPUBLICAINS (130) :**

Pour : 129

N'a pas pris part au vote : 1 M. Gérard Larcher, Président du Sénat

GRUPE SOCIALISTE, ÉCOLOGISTE ET RÉPUBLICAIN (64) :

Contre : 64

GRUPE UNION CENTRISTE (60) :

Pour : 59

N'a pas pris part au vote : 1 M. Loïc Hervé, Président de séance

GRUPE RASSEMBLEMENT DES DÉMOCRATES, PROGRESSISTES ET INDÉPENDANTS (20) :

Contre : 20

GRUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (19) :

Pour : 18

N'a pas pris part au vote : 1 M. Joël Guerriau

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE - KANAKY (18) :

Contre : 18

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (16) :

Pour : 8

Contre : 6 Mme Maryse Carrère, MM. Éric Gold, Philippe Grosvalet, Ahmed Laouedj, Mme Guyène Pantel, M. Jean-Yves Roux

Abstentions : 2 Mmes Sophie Briante Guillemont, Mireille Jouve

GRUPE ÉCOLOGISTE - SOLIDARITÉ ET TERRITOIRES (16) :

Contre : 16

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (4) :

Contre : 3

N'a pas pris part au vote : 1 M. Stéphane Ravier

Ont voté pour :

Marie-Do	Michel Bonnus	Alain Chatillon
Aeschlimann	Alexandra Borchio	Patrick Chauvet
Pascal Allizard	Fontimp	Cédric Chevalier
Jean-Claude Anglars	Gilbert Bouchet	Guillaume Chevrollier
Jocelyne Antoine	Corinne Bourcier	Marta de Cidrac
Jean-Michel Arnaud	Jean-Marc Boyer	Olivier Cigolotti
Jean Bacci	Valérie Boyer	Marie-Carole Ciuntu
Philippe Bas	Jean-Luc Brault	Mireille Conte Jaubert
Arnaud Bazin	Max Brisson	Édouard Courtial
Bruno Belin	Christian Bruyen	Pierre Cuypers
Marie-Jeanne Bellamy	Laurent Burgoa	Laure Darcos
Nadine Bellurot	Henri Cabanel	Mathieu Darnaud
Catherine Belrhiti	Alain Cadec	Raphaël Daubert
Martine Berthet	Olivier Cadic	Marie-Philippe
Christian Bilhac	Guislain Cambier	Daubresse
Annick Billon	Christian Cambon	Vincent Delahaye
Olivier Bitz	Michel Canévet	Bernard Delcros
Étienne Blanc	Vincent Capo-	Patricia Demas
Jean-Baptiste Blanc	Canellas	Stéphane Demilly
Yves Bleunven	Emmanuel Capus	Chantal Deseyne
Christine Bonfanti-	Alain Cazabonne	Brigitte Devésa
Dossat	Anne Chain-Larché	Franck Dhersin
François Bonhomme	Patrick Chaize	Catherine Di Folco
François Bonneau	Daniel Chasseing	Élisabeth Doineau

Sabine Drexler
Alain Duffourg
Catherine Dumas
Françoise Dumont
Éric Dumoulin
Laurent Duplomb
Dominique Estrosi
Sassone
Jacqueline Eustache-
Brinio
Agnès Evren
Daniel Fargeot
Gilbert Favreau
Bernard Fialaire
Isabelle Florennes
Philippe Folliot
Christophe-André
Frassa
Amel Gacquerre
Fabien Genet
Frédérique Gerbaud
Béatrice Gosselin
Nathalie Goulet
Sylvie Goy-Chavent
Jean-Pierre Grand
Daniel Gremillet
Jacques Groperrin
Pascale Gruny
Daniel Gueret
Jocelyne Guidez
Véronique Guillotin
André Guiol
Ludovic Haye
Olivier Henno
Christine Herzog
Jean Hingray
Alain Houpert
Marie-Lise Housseau
Jean-Raymond
Hugonet
Jean-François Husson
Brigitte Hybert
Corinne Imbert
Annick Jacquemet
Micheline Jacques
Lauriane Josende
Else Joseph
Muriel Jourda
Alain Joyandet
Roger Karoutchi
Claude Kern
Khalifé Khalifé
Christian Klinger

Sonia de La Provoté
Laurent Lafon
Marc Laménie
Florence Lassarade
Michel Laugier
Daniel Laurent
Christine Lavarde
Antoine Lefèvre
Dominique de Legge
Ronan Le Gleut
Marie-Claude
Lermytte
Henri Leroy
Stéphane Le Rudulier
Pierre-Antoine Levi
Anne-Catherine
Loisier
Jean-François Longeot
Vivette Lopez
Vincent Louault
Virginie Lucot Avril
Viviane Malet
Claude Malhuret
Didier Mandelli
Alain Marc
Hervé Marseille
Pascal Martin
Pauline Martin
Michel Masset
Hervé Maurey
Pierre Médevielle
Thierry Meignen
Franck Menonville
Marie Mercier
Damien Michallet
Brigitte Micouleau
Alain Milon
Jean-Marie Mizzon
Albéric de Montgolfier
Catherine Morin-
Desailly
Philippe Mouiller
Laurence Muller-
Bronn
Georges Naturel
Anne-Marie Nédélec
Louis-Jean de Nicolaÿ
Sylviane Noël
Claude Nougein
Jean-Baptiste Olivier
Olivier Paccaud
Jean-Jacques Panunzi
Vanina Paoli-Gagin

Paul Toussaint Parigi
Anne-Sophie Patru
Philippe Paul
Jean-Gérard Paumier
Cyril Pellevat
Clément Pernot
Cédric Perrin
Maurice Perrion
Évelyne Perrot
Annick Petrus
Stéphane Piednoir
Bernard Pillefer
Kristina Pluchet
Rémy Pointereau
Frédérique Puissat
Jean-François Rapin
André Reichardt
Évelyne Renaud-
Garabedian
Hervé Reynaud
Olivia Richard
Marie-Pierre Richer
Olivier Rietmann
Pierre Jean Rochette
Bruno Rojouan
Anne-Sophie
Romagny
Jean-Luc Ruelle
Denise Saint-Pé
Hugues Saury
Stéphane Sautarel
Michel Savin
Elsa Schalck
Bruno Sido
Jean Sol
Nadia Sollogoub
Laurent Somon
Francis Szpiner
Philippe Tabarot
Lana Tetuanui
Sylvie Valente Le Hir
Jean-Marie
Vanlerenberghe
Anne Ventalon
Dominique Vérien
Sylvie Vermeillet
Pierre-Jean Verzelen
Cédric Vidal
Paul Vidal
Jean Pierre Vogel
Louis Vogel
Dany Wattebled

Gérard Lahellec
Ahmed Laouedj
Annie Le Houérou
Jean-Baptiste
Lemoine*
Martin Lévrier*
Audrey Linkenheld
Jean-Jacques Lozach
Monique Lubin
Victorin Lurel
Monique de Marco
Marianne Margaté
Didier Marie
Akli Mellouli
Serge Mérillou
Jean-Jacques Michau
Marie-Pierre Monier
Franck Montagué
Solanges Nadille
Corinne Narassiguin
Mathilde Ollivier
Saïd Omar Oili*

Alexandre Ouizille
Pierre Ouzoulias
Guylène Pantel
Georges Patient*
François Patriat*
Marie-Laure Phinera-
Horth*
Sebastien Pla
Raymonde Poncet
Monge
Émilienne Poumirol
Didier Rambaud*
Salama Ramia*
Claude Raynal
Christian Redon-
Sarrazy
Sylvie Robert
Teva Rohfritsch*
Pierre-Alain Roiron
David Ros
Laurence Rossignol
Jean-Yves Roux

Daniel Salmon
Pascal Savoldelli
Patricia Schillinger*
Ghislaine Senée
Silvana Silvani
Anne Souyris
Lucien Stanzione
Christopher Szczurek
Rachid Temal
Dominique
Théophile*
Jean-Claude Tissot
Simon Uzenat
Mickaël Vallet
Marie-Claude Varailles
Jean-Marc Vayssouze-
Faure
Mélanie Vogel
Michaël Weber
Robert Wienie Xowie
Adel Ziane

Abstentions :

Sophie Briante Guillemont, Mireille Joue.

N'ont pas pris part au vote :

Gérard Larcher, Président du Sénat, Loïc Hervé, Président de séance, Joël Guerriau, Stéphane Ravier.

* Lors de la séance du vendredi 22 novembre 2024, MM. Bernard Buis, Frédéric Buval, Mmes Samantha Cazebonne, Nicole Duranton, M. Stéphane Fouassin, Mme Nadège Havet, MM. Xavier Iacovelli, Mikaele Kulimoetoke, Jean-Baptiste Lemoine, Martin Lévrier, Saïd Omar Oili, Georges Patient, François Patriat, Mme Marie-Laure Phinera-Horth, M. Didier Rambaud, Mme Salama Ramia, M. Teva Rohfritsch, Mme Patricia Schillinger et M. Dominique Théophile ont fait savoir qu'ils auraient souhaité voter pour.

SCRUTIN N° 71

sur l'amendement n° 969, présenté par Mme Céline Brulin et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste - Kanaky, tendant à supprimer l'article 17 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	340
Suffrages exprimés	276
Pour	35
Contre	241

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE LES RÉPUBLICAINS (130) :

Contre : 129

N'a pas pris part au vote : 1 M. Gérard Larcher, Président du Sénat

GRUPE SOCIALISTE, ÉCOLOGISTE ET RÉPUBLICAIN (64) :

Abstentions : 64

GRUPE UNION CENTRISTE (60) :

Contre : 60

Ont voté contre :

Cathy Apourceau-Poly
Viviane Artigalas
Jérémy Bacchi
Pierre Barros
Alexandre Basquin
Audrey Bélim
Guy Benarroche
Grégory Blanc
Florence Blatrix
Contat
Nicole Bonnefoy
Denis Bouad
Hussein Bourgi
Isabelle Briquet
Ian Brossat
Colombe Brossel
Céline Brulin
Bernard Buis*
Frédéric Buval*
Marion Canalès
Rémi Cardon
Marie-Arlette Carlotti
Maryse Carrère
Samantha Cazebonne*

Christophe Chaillou
Yan Chantrel
Catherine Conconne
Hélène Conway-
Mouret
Evelyne Corbière
Naminzo
Jean-Pierre Corbisez
Thierry Cozic
Cécile Cukierman
Karine Daniel
Ronan Dantec
Jérôme Darras
Gilbert-Luc Devinaz
Thomas Dossus
Jérôme Durain
Nicole Duranton*
Aymeric Durox
Vincent Éblé
Frédérique Espagnac
Sébastien Fagnen
Rémi Féraud
Corinne Férét
Jacques Fernique

Jean-Luc Fichet
Stéphane Fouassin*
Fabien Gay
Hervé Gillé
Éric Gold
Guillaume Gontard
Michelle Gréaume
Philippe Grosvalet
Antoinette Guhl
Laurence Harribey
Nadège Havet*
Joshua Hochart
Xavier Iacovelli*
Olivier Jacquin
Yannick Jadot
Éric Jeansannetas
Patrice Joly
Bernard Jomier
Gisèle Jourda
Patrick Kanner
Éric Kerrouche
Mikaele Kulimoetoke*
Marie-Pierre de La
Gontrie

GROUPE RASSEMBLEMENT DES DÉMOCRATES, PROGRESSISTES ET INDÉPENDANTS (20) :*Pour* : 17*Contre* : 2 M. Frédéric Buval, Mme Solanges Nadille*N'a pas pris part au vote* : 1 M. Dominique Théophile, Président de séance**GROUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (19) :***Contre* : 18*N'a pas pris part au vote* : 1 M. Joël Guerriau**GROUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE - KANAKY (18) :***Pour* : 18**GROUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (16) :***Contre* : 16**GROUPE ÉCOLOGISTE - SOLIDARITÉ ET TERRITOIRES (16) :***Contre* : 16**RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (4) :***N'ont pas pris part au vote* : 4 MM. Aymeric Durox, Joshua Hochart, Stéphane Ravier, Christopher Szczurek**Ont voté pour :**

Cathy Apourceau-Poly
Jérémy Bacchi
Pierre Barros
Alexandre Basquin
Ian Brossat
Céline Brulin
Bernard Buis
Samantha Cazebonne
Evelyne Corbière
Naminzo
Jean-Pierre Corbisez
Cécile Cukierman
Nicole Duranton

Stéphane Fouassin
Fabien Gay
Michelle Gréaume
Nadège Havet
Xavier Iacovelli
Mikaele Kulimoetoke
Gérard Lahellec
Jean-Baptiste Lemoyne
Martin Lévrier
Marianne Margaté
Saïd Omar Oili
Pierre Ouzoulias

Georges Patient
François Patriat
Marie-Laure Phinera-Horth
Didier Rambaud
Salama Ramia
Teva Rohfritsch
Pascal Savoldelli
Patricia Schillinger
Silvana Silvani
Marie-Claude Varailles
Robert Wienie Xowie

Ont voté contre :

Marie-Do Aeschlimann
Pascal Allizard
Jean-Claude Anglars
Jocelyne Antoine
Jean-Michel Arnaud
Jean Bacci
Philippe Bas
Arnaud Bazin
Bruno Belin
Marie-Jeanne Bellamy
Nadine Bellurot
Catherine Belrhiti
Guy Benarroche
Martine Berthet
Christian Bilhac
Annick Billon
Olivier Bitz
Étienne Blanc
Grégory Blanc
Jean-Baptiste Blanc
Yves Bleunven
Christine Bonfanti-Dossat
François Bonhomme
François Bonneau
Michel Bonnus

Alexandra Borchio
Fontimp
Gilbert Bouchet
Corinne Bourcier
Jean-Marc Boyer
Valérie Boyer
Jean-Luc Brault
Sophie Briante
Guillemont
Max Brisson
Christian Bruyen
Laurent Burgoa
Frédéric Buval
Henri Cabanel
Alain Cadec
Olivier Cadic
Guislain Cambier
Christian Cambon
Michel Canévet
Vincent Capocanellas
Emmanuel Capus
Maryse Carrère
Alain Cazabonne
Anne Chain-Larché
Patrick Chaize
Daniel Chasseing
Alain Chatillon

Patrick Chauvet
Cédric Chevalier
Guillaume Chevrollier
Marta de Cidrac
Olivier Cigolotti
Marie-Carole Ciuntu
Mireille Conte Jaubert
Édouard Courtial
Pierre Cuypers
Ronan Dantec
Laure Darcos
Mathieu Darnaud
Raphaël Daubet
Marc-Philippe Daubresse
Vincent Delahaye
Bernard Delcros
Patricia Demas
Stéphane Demilly
Chantal Deseyne
Brigitte Devésa
Franck Dhersin
Catherine Di Folco
Élisabeth Doineau
Thomas Dossus
Sabine Drexler
Alain Duffourg
Catherine Dumas

Françoise Dumont
Éric Dumoulin
Laurent Duplomb
Dominique Estrosi Sassone
Jacqueline Eustache-Brinio
Agnès Evren
Daniel Fargeot
Gilbert Favreau
Jacques Fernique
Bernard Fialaire
Isabelle Florennes
Philippe Folliot
Christophe-André Frassa
Amel Gacquerre
Fabien Genet
Frédérique Gerbaud
Éric Gold
Guillaume Gontard
Béatrice Gosselin
Nathalie Goulet
Sylvie Goy-Chavent
Jean-Pierre Grand
Daniel Gremillet
Jacques Groperrin
Philippe Grosvalet
Pascale Gruny
Daniel Gueret
Antoinette Guhl
Jocelyne Guidez
Véronique Guillotin
André Guiol
Ludovic Haye
Olivier Henno
Loïc Hervé
Christine Herzog
Jean Hingray
Alain Houpert
Marie-Lise Housseau
Jean-Raymond Hugonet
Jean-François Husson
Brigitte Hybert
Corinne Imbert
Annick Jacquemet
Micheline Jacques
Yannick Jadot
Lauriane Josende
Else Joseph
Muriel Jourda
Mireille Jouve
Alain Joyandet
Roger Karoutchi
Claude Kern
Khalifé Khalifé
Christian Klinger
Sonia de La Provôté

Laurent Lafon
Marc Laméni
Ahmed Laouedj
Florence Lassarade
Michel Laugier
Daniel Laurent
Christine Lavarde
Antoine Lefèvre
Dominique de Legge
Ronan Le Gleut
Marie-Claude Lermytte
Henri Leroy
Stéphane Le Rudulier
Pierre-Antoine Levi
Anne-Catherine Loisier
Jean-François Longeot
Vivette Lopez
Vincent Louault
Virginie Lucot Avril
Viviane Malet
Claude Malhuret
Didier Mandelli
Alain Marc
Monique de Marco
Hervé Marseille
Pascal Martin
Pauline Martin
Michel Masset
Hervé Maurey
Pierre Médevielle
Thierry Meignen
Akli Mellouli
Franck Menonville
Marie Mercier
Damien Michallet
Brigitte Micouleau
Alain Milon
Jean-Marie Mizzon
Albéric de Montgolfier
Catherine Morin-Desailly
Philippe Mouiller
Laurence Muller-Bronn
Solanges Nadille
Georges Naturel
Anne-Marie Nédélec
Louis-Jean de Nicolay
Sylviane Noël
Claude Nougéin
Jean-Baptiste Olivier
Mathilde Ollivier
Olivier Paccaud
Guylène Pantel
Jean-Jacques Panunzi
Vanina Paoli-Gagin
Paul Toussaint Parigi

Abstentions :

Viviane Artigalas
Audrey Bélim
Florence Blatrix
Contat
Nicole Bonnefoy
Denis Bouad
Hussein Bourgi
Isabelle Briquet
Colombe Brossel
Marion Canalès
Rémi Cardon
Marie-Arlette Carlotti
Christophe Chaillou
Yan Chantrel
Catherine Conconne
Hélène Conway-Mouret
Thierry Cozic

Karine Daniel
Jérôme Darras
Gilbert-Luc Devinaz
Jérôme Durain
Vincent Éblé
Frédérique Espagnac
Sébastien Fagnen
Rémi Féraud
Corinne Féret
Jean-Luc Fichet
Hervé Gillé
Laurence Harribey
Olivier Jacquin
Éric Jeansannetas
Patrice Joly
Bernard Jomier
Gisèle Jourda
Patrick Kanner

Anne-Sophie Patru
Philippe Paul
Jean-Gérard Paumier
Cyril Pellevat
Clément Pernot
Cédric Perrin
Maurice Perrion
Évelyne Perrot
Annick Petrus
Stéphane Piednoir
Bernard Pillefer
Kristina Pluchet
Rémy Pointereau
Raymonde Poncet
Monge
Frédérique Puissat
Jean-François Rapin
André Reichardt
Évelyne Renaud-Garabedian
Hervé Reynaud
Olivia Richard
Marie-Pierre Richer
Olivier Rietmann
Pierre Jean Rochette
Bruno Rojouan
Anne-Sophie Romagny
Jean-Yves Roux
Jean-Luc Ruelle
Denise Saint-Pé
Daniel Salmon
Hugues Saury
Stéphane Sautarel
Michel Savin
Elsa Schalck
Ghislaine Senée
Bruno Sido
Jean Sol
Nadia Sollogoub
Laurent Somon
Anne Souyris
Francis Szpiner
Philippe Tabarot
Lana Tetuanui
Sylvie Valente Le Hir
Jean-Marie Vanlerenberghe
Anne Ventalon
Dominique Vérien
Sylvie Vermeillet
Pierre-Jean Verzelen*
Cédric Vial
Paul Vidal
Jean Pierre Vogel
Louis Vogel
Mélanie Vogel
Dany Wattedbled

Christian Redon- Sarrazy Sylvie Robert Pierre-Alain Roiron David Ros	Laurence Rossignol Lucien Stanzione Rachid Temal Jean-Claude Tissot Simon Uzenat	Mickaël Vallet Jean-Marc Vayssouze- Faure Michaël Weber Adel Ziane
--	--	--

N'ont pas pris part au vote :

Gérard Larcher, Président du Sénat	Dominique Théophile, Président de séance Aymeric Durox	Joël Guerriau Joshua Hochart Stéphane Ravier Christopher Szczurek
---------------------------------------	---	--

* Lors de la séance du vendredi 22 novembre 2024, M. Pierre-Jean Verzelen a fait savoir qu'il aurait souhaité voter pour.

SCRUTIN N° 72

sur l'amendement n° 781, présenté par Mme Anne Souyris et les membres du groupe Écologiste Solidarité et Territoires, tendant à insérer un article additionnel après l'article 17 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	340
Suffrages exprimés	327
Pour	99
Contre	228

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN**GRUPE LES RÉPUBLICAINS (130) :**

Contre : 129

N'a pas pris part au vote : 1 M. Gérard Larcher, Président du Sénat

GRUPE SOCIALISTE, ÉCOLOGISTE ET RÉPUBLICAIN (64) :

Pour : 64

GRUPE UNION CENTRISTE (60) :

Contre : 60

GRUPE RASSEMBLEMENT DES DÉMOCRATES, PROGRESSISTES ET INDÉPENDANTS (20) :

Contre : 19

N'a pas pris part au vote : 1 M. Dominique Théophile, Président de séance

GRUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (19) :

Contre : 18

N'a pas pris part au vote : 1 M. Joël Guerriau

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE - KANAKY (18) :

Pour : 18

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (16) :

Pour : 1 M. Michel Masset

Contre : 2 M. Bernard Fialaire, Mme Véronique Guillotin

Abstentions : 13

GRUPE ÉCOLOGISTE - SOLIDARITÉ ET TERRITOIRES (16) :

Pour : 16

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (4) :

N'ont pas pris part au vote : 4 MM. Aymeric Durox, Joshua Hochart, Stéphane Ravier, Christopher Szczurek

Ont voté pour :

Cathy Apourceau-Poly Viviane Artigalas Jérémy Bacchi Pierre Barros Alexandre Basquin Audrey Bélim Guy Benarroche Grégory Blanc Florence Blatrix Contat Nicole Bonnefoy Denis Bouad Hussein Bourgi Isabelle Briquet Ian Brossat Colombe Brossel Céline Brulin Marion Canalès Rémi Cardon Marie-Arlette Carlotti Christophe Chaillou Yan Chantrel Catherine Conconne Hélène Conway- Mouret Evelyne Corbière Naminzo Jean-Pierre Corbisez Thierry Cozic Cécile Cukierman Karine Daniel Ronan Dantec Jérôme Darras Gilbert-Luc Devinaz Thomas Dossus Jérôme Durain	Vincent Éblé Frédérique Espagnac Sébastien Fagnen Rémi Féraud Corinne Féréet Jacques Fernique Jean-Luc Fichet Fabien Gay Hervé Gillé Guillaume Gontard Michelle Gréaume Antoinette Guhl Laurence Harribey Olivier Jacquin Yannick Jadot Éric Jéansannetas Patrice Joly Bernard Jomier Gisèle Jourda Patrick Kanner Éric Kerrouche Marie-Pierre de La Gontrie Gérard Lahellec Annie Le Houerou Audrey Linkenheld Jean-Jacques Lozach Monique Lubin Victorin Lurel Monique de Marco Marianne Margaté Didier Marie Michel Masset Akli Mellouli Serge Mérillou Jean-Jacques Michau	Marie-Pierre Monier Franck Montaugé Corinne Narassiguin Mathilde Ollivier Alexandre Ouizille Pierre Ouzoulias Sebastien Pla Raymond Poncet Monge Émilienne Poumirol Claude Raynal Christian Redon- Sarrazy Sylvie Robert Pierre-Alain Roiron David Ros Laurence Rossignol Daniel Salmon Pascal Savoldelli Ghislaine Senée Silvana Silvani Anne Souyris Lucien Stanzione Rachid Temal Jean-Claude Tissot Simon Uzenat Mickaël Vallet Marie-Claude Varailles Jean-Marc Vayssouze- Faure Mélanie Vogel Michaël Weber Robert Wienie Xowie Adel Ziane
---	---	---

Ont voté contre :

Marie-Do Aeschlimann Pascal Allizard Jean-Claude Anglars Jocelyne Antoine Jean-Michel Arnaud Jean Bacci Philippe Bas Arnaud Bazin Bruno Belin Marie-Jeanne Bellamy Nadine Bellurot Catherine Belrhiti Martine Berthet Annick Billon Olivier Bitz Étienne Blanc Jean-Baptiste Blanc Yves Bleuven Christine Bonfanti- Dossat François Bonhomme François Bonneau Michel Bonnus Alexandra Borchio Fontimp Gilbert Bouchet Corinne Bourcier Jean-Marc Boyer Valérie Boyer	Jean-Luc Brault Max Brisson Christian Bruyen Bernard Buis Laurent Burgoa Frédéric Buval Alain Cadec Olivier Cadic Guislain Cambier Christian Cambon Michel Canévet Vincent Capo- Canellas Emmanuel Capus Alain Cazabonne Samantha Cazebonne Anne Chain-Larché Patrick Chaize Daniel Chasseing Alain Chatillon Patrick Chauvet Cédric Chevalier Guillaume Chevrollier Marta de Cidrac Olivier Cigolotti Marie-Carole Ciuntu Édouard Courtial Pierre Cuypers Laure Darcos Mathieu Darnaud	Marc-Philippe Daubresse Vincent Delahaye Bernard Delcros Patricia Demos Stéphane Demilly Chantal Deseyne Brigitte Devésa Franck Dherain Catherine Di Folco Élisabeth Doineau Sabine Drexler Alain Duffourg Catherine Dumas Françoise Dumont Éric Dumoulin Laurent Duplomb Nicole Duranton Dominique Estrosi Sassone Jacqueline Eustache- Brinio Agnès Evren Daniel Fargeot Gilbert Favreau Bernard Fialaire Isabelle Florennes Philippe Folliot Stéphane Fouassin
---	--	---

Christophe-André Frassa	Henri Leroy	Évelyne Perrot
Amel Gacquerre	Stéphane Le Rudulier	Annick Petrus
Fabien Genet	Pierre-Antoine Levi	Marie-Laure Phinera-Horth
Frédérique Gerbaud	Martin Lévrier	Stéphane Piednoir
Béatrice Gosselin	Anne-Catherine Loisier	Bernard Pillefer
Nathalie Goulet	Jean-François Longeot	Kristina Pluchet
Sylvie Goy-Chavent	Vivette Lopez	Rémy Pointereau
Jean-Pierre Grand	Vincent Louault	Frédérique Puissat
Daniel Gremillet	Virginie Lucot Avril	Didier Rambaud
Jacques Groperrin	Viviane Malet	Salama Ramia
Pascale Gruny	Claude Malhuret	Jean-François Rapin
Daniel Gueret	Didier Mandelli	André Reichardt
Jocelyne Guidez	Alain Marc	Évelyne Renaud-Garabedian
Véronique Guillotin	Hervé Marseille	Hervé Reynaud
Nadège Havet	Pascal Martin	Olivia Richard
Ludovic Haye	Pauline Martin	Marie-Pierre Richer
Olivier Henno	Hervé Maurey	Olivier Rietmann
Loïc Hervé	Pierre Médevielle	Pierre Jean Rochette
Christine Herzog	Thierry Meignen	Teva Rohfritsch
Jean Hingray	Franck Menonville	Bruno Rojouan
Alain Houpert	Marie Mercier	Anne-Sophie Romagny
Marie-Lise Housseau	Damien Michallet	Jean-Luc Ruelle
Jean-Raymond Hugonet	Brigitte Micouleau	Denise Saint-Pé
Jean-François Husson	Alain Milon	Hugues Saury
Brigitte Hybert	Jean-Marie Mizzon	Stéphane Sautarel
Xavier Iacovelli	Albéric de Montgolfier	Michel Savin
Corinne Imbert	Catherine Morin-Desailly	Elsa Schalck
Annick Jacquemet	Philippe Mouiller	Patricia Schillinger
Micheline Jacques	Laurence Muller-Bronn	Bruno Sido
Lauriane Josende	Solanges Nadille	Jean Sol
Else Joseph	Georges Naturel	Nadia Sollogoub
Muriel Jourda	Anne-Marie Nédélec	Laurent Somon
Alain Joyandet	Louis-Jean de Nicolay	Francis Szpiner
Roger Karoutchi	Sylviane Noël	Philippe Tabarot
Claude Kern	Claude Nougéin	Lana Tetuanti
Khalifé Khalifé	Jean-Baptiste Olivier	Sylvie Valente Le Hir
Christian Klingner	Saïd Omar Oili	Jean-Marie Vanlerenberghe
Mikaele Kulimoetoke	Olivier Paccaud	Anne Ventalon
Sonia de La Provôté	Jean-Jacques Panunzi	Dominique Vérien
Laurent Lafon	Vanina Paoli-Gagin	Sylvie Vermeillet
Marc Laménie	Paul Toussaint Parigi	Pierre-Jean Verzelen
Florence Lassarade	Georges Patient	Cédric Vial
Michel Laugier	François Patriat	Paul Vidal
Daniel Laurent	Anne-Sophie Patru	Jean Pierre Vogel
Christine Lavarde	Philippe Paul	Louis Vogel
Antoine Lefèvre	Jean-Gérard Paumier	Dany Wattebled
Antoine Lefèvre	Cyril Pellevat	
Dominique de Legge	Clément Pernot	
Ronan Le Gleut	Cédric Perrin	
Jean-Baptiste Lemoyne	Maurice Perrion	
Marie-Claude Lermytte		

Abstentions :

Christian Bilhac	Mireille Conte Jaubert	Mireille Jouve
Sophie Briante	Raphaël Daubet	Ahmed Laouedj
Guillemont	Éric Gold	Guylène Pantel
Henri Cabanel	Philippe Grosvalet	Jean-Yves Roux
Maryste Carrère	André Guiol	

N'ont pas pris part au vote :

Gérard Larcher, Président du Sénat	Dominique Théophile, Président de séance	Joël Guerriau
	Aymeric Durox	Joshua Hochart
		Stéphane Ravier
		Christopher Szczurek

SCRUTIN N° 73

sur les amendements identiques n° 319, présentés par M. Aymeric Durox et plusieurs de ses collègues, n° 667, présenté par Mme Monique Lubin et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, n° 830, présenté par Mme Raymonde Poncet Monge et les membres du groupe Écologiste - Solidarité et Territoires, et n° 1010, présenté par Mme Cathy Apourceau-Poly et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste Kanaky, tendant à supprimer l'article 23 du projet de loi de financement

de la sécurité sociale pour 2025, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	343
Suffrages exprimés	332
Pour	122
Contre	210

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN**GRUPE LES RÉPUBLICAINS (130) :**

Contre : 129

N'a pas pris part au vote : 1 M. Gérard Larcher, Président du Sénat

GRUPE SOCIALISTE, ÉCOLOGISTE ET RÉPUBLICAIN (64) :

Pour : 64

GRUPE UNION CENTRISTE (60) :

Contre : 60

GRUPE RASSEMBLEMENT DES DÉMOCRATES, PROGRESSISTES ET INDÉPENDANTS (20) :

Pour : 10 M. Frédéric Buval, Mme Nadège Havet, MM. Xavier Iacovelli, Mikaele Kulimoetoke, Saïd Omar Oili, Georges Patient, Mme Marie-Laure Phinera-Horth, M. Didier Rambaud, Mme Salama Ramia, M. Dominique Théophile

Abstentions : 10 M. Bernard Buis, Mmes Samantha Cazebonne, Nicole Duranton, MM. Stéphane Fouassin, Jean-Baptiste Lemoyne, Martin Lévrier, Mme Solanges Nadille, MM. François Patriat, Teva Rohfritsch, Mme Patricia Schillinger

GRUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (19) :

Contre : 18

N'a pas pris part au vote : 1 M. Joël Guerriau

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE - KANAKY (18) :

Pour : 17

N'a pas pris part au vote : 1 M. Pierre Ouzoulias, Président de séance

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (16) :

Pour : 12

Contre : 3 Mme Mireille Conte Jaubert, M. Bernard Fialaire, Mme Véronique Guillotin

Abstention : 1 M. Raphaël Daubet

GRUPE ÉCOLOGISTE - SOLIDARITÉ ET TERRITOIRES (16) :

Pour : 16

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (4) :

Pour : 3

N'a pas pris part au vote : 1 M. Stéphane Ravier

Ont voté pour :

Cathy Apourceau-Poly	Pierre Barros	Guy Benarroche
Viviane Artigalas	Alexandre Basquin	Christian Bilhac
Jérémy Bacchi	Audrey Bélim	Grégory Blanc

Florence Blatrix
Contat
Nicole Bonnefoy
Denis Bouad
Hussein Bourgi
Sophie Briante
Guillemont
Isabelle Briquet
Ian Brossat
Colombe Brossel
Céline Brulin
Frédéric Buval
Henri Cabanel
Marion Canalès
Rémi Cardon
Marie-Arlette Carlotto
Maryse Carrère
Christophe Chaillou
Yan Chantrel
Catherine Conconne
Hélène Conway-
Mouret
Evelyne Corbière
Naminzo
Jean-Pierre Corbisez
Thierry Cozic
Cécile Cukierman
Karine Daniel
Ronan Dantec
Jérôme Darras
Gilbert-Luc Devinaz
Thomas Dossus
Jérôme Durain
Aymeric Durox
Vincent Éblé
Frédérique Espagnac
Sébastien Fagnen
Rémi Féraud
Corinne Féret
Jacques Fernique
Jean-Luc Fichet

Fabien Gay
Hervé Gillé
Éric Gold
Guillaume Gontard
Michelle Gréaume
Philippe Grosvalet
Antoinette Guhl
André Guiol
Laurence Harribey
Nadège Havet
Joshua Hochart
Xavier Iacovelli
Olivier Jacquin
Yannick Jadot
Éric Jansannetas
Patrice Joly
Bernard Jomier
Gisèle Jourda
Mireille Jouve
Patrick Kanner
Éric Kerrouche
Mikaele Kulimoetoke
Marie-Pierre de La
Gontrie
Gérard Lahellec
Ahmed Laouedj
Annie Le Houerou
Audrey Linkenheld
Jean-Jacques Lozach
Monique Lubin
Victorin Lurel
Monique de Marco
Marianne Margaté
Didier Marie
Michel Masset
Akli Mellouli
Serge Mérillou
Jean-Jacques Michau
Marie-Pierre Monier
Franck Montaugé
Corinne Narassiguin

Mathilde Ollivier
Saïd Omar Oili
Alexandre Ouizille
Guylène Pantel
Georges Patient
Marie-Laure Phinera-
Horth
Sebastien Pla
Raymonde Poncet
Monge
Émilienne Poumirol
Didier Rambaud
Salama Ramia
Claude Raynal
Christian Redon-
Sarrazy
Sylvie Robert
Pierre-Alain Roiron
David Ros
Laurence Rossignol
Jean-Yves Roux
Daniel Salmon
Pascal Savoldelli
Ghislaine Senée
Silvana Silvani
Anne Souyris
Lucien Stanzione
Christopher Szcurek
Rachid Temal
Dominique Théophile
Jean-Claude Tissot
Simon Uzenat
Mickaël Vallet
Marie-Claude Varailles
Jean-Marc Vayssouze-
Faure
Mélanie Vogel
Michaël Weber
Robert Wienie Xowie
Adel Ziane

Jean-Raymond
Hugonet
Jean-François Husson
Brigitte Hybert
Corinne Imbert
Annick Jacquemet
Micheline Jacques
Lauriane Josende
Else Joseph
Muriel Jourda
Alain Joyandet
Roger Karoutchi
Claude Kern
Khalifé Khalifé
Christian Klingner
Sonia de La Provoté
Laurent Lafon
Marc Laménie
Florence Lassarade
Michel Laugier
Daniel Laurent
Christine Lavarde
Antoine Lefèvre
Dominique de Legge
Ronan Le Gleut
Marie-Claude
Lermytte
Henri Leroy
Stéphane Le Rudulier
Pierre-Antoine Levi
Anne-Catherine
Loisier
Jean-François Longeot
Vivette Lopez
Vincent Louault
Virginie Lucot Avril
Viviane Malet
Claude Malhuret
Didier Mandelli
Alain Marc

Hervé Marseille
Pascal Martin
Pauline Martin
Hervé Maurey
Pierre Médevielle
Thierry Meignen
Franck Menonville
Marie Mercier
Damien Michallet
Brigitte Micouleau
Alain Milon
Jean-Marie Mizzon
Albéric de Montgolfier
Catherine Morin-
Desailly
Philippe Mouiller
Laurence Muller-
Bronn
Georges Naturel
Anne-Marie Nédélec
Louis-Jean de Nicolay
Sylviane Noël
Claude Nougain
Jean-Baptiste Olivier
Olivier Paccaud
Jean-Jacques Panunzi
Vanina Paoli-Gagin
Paul Toussaint Parigi
Anne-Sophie Patru
Philippe Paul
Jean-Gérard Paumier
Cyril Pellevat
Clément Pernot
Cédric Perrin
Maurice Perrier
Évelyne Perrot
Annick Petrus
Stéphane Piednoir
Bernard Pillefer
Kristina Pluchet

Rémy Pointereau
Frédérique Puissat
Jean-François Rapin
André Reichardt
Évelyne Renaud-
Garabedian
Hervé Reynaud
Olivia Richard
Marie-Pierre Richer
Olivier Rietmann
Pierre Jean Rochette
Bruno Rojouan
Anne-Sophie
Romagny
Jean-Luc Ruelle
Denise Saint-Pé
Hugues Saury
Stéphane Sautarel
Michel Savin
Elsa Schalck
Bruno Sido
Jean Sol
Nadia Sollogoub
Laurent Somon
Francis Szpiner
Philippe Tabarot
Lana Tetuanui
Sylvie Valente Le Hir
Jean-Marie
Vanlerenberghe
Anne Ventalon
Dominique Vérien
Sylvie Vermeillet
Pierre-Jean Verzelen
Cédric Vial
Paul Vidal
Jean Pierre Vogel
Louis Vogel
Dany Wattedled

Ont voté contre :

Marie-Do
Aeschlimann
Pascal Allizard
Jean-Claude Anglars
Jocelyne Antoine
Jean-Michel Arnaud
Jean Bacci
Philippe Bas
Arnaud Bazin
Bruno Belin
Marie-Jeanne Bellamy
Nadine Bellurot
Catherine Belrhiti
Martine Berthet
Annick Billon
Olivier Bitz
Étienne Blanc
Jean-Baptiste Blanc
Yves Bleunven
Christine Bonfanti-
Dossat
François Bonhomme
François Bonneau
Michel Bonnus
Alexandra Borchio
Fontimp
Gilbert Bouchet
Corinne Bourcier
Jean-Marc Boyer
Valérie Boyer
Jean-Luc Brault
Max Brisson
Christian Bruyen
Laurent Burgoa
Alain Cadec
Olivier Cadic

Guislain Cambier
Christian Cambon
Michel Canévet
Vincent Capo-
Canellas
Emmanuel Capus
Alain Cazabonne
Anne Chain-Larché
Patrick Chaize
Daniel Chasseing
Alain Chatillon
Patrick Chauvet
Cédric Chevalier
Guillaume Chevrollier
Marta de Cidrac
Olivier Cigolotti
Marie-Carole Ciuntu
Mireille Conte Jaubert
Édouard Courtial
Pierre Cuypers
Laure Darcos
Mathieu Darnaud
Marc-Philippe
Daubresse
Vincent Delahaye
Bernard Delcros
Patricia Demas
Stéphane Demilly
Chantal Deseyne
Brigitte Devésa
Franck Dhersin
Catherine Di Folco
Élisabeth Doineau
Sabine Drexler
Alain Duffourg
Catherine Dumas

Françoise Dumont
Éric Dumoulin
Laurent Duplomb
Dominique Estrosi
Sassone
Jacqueline Eustache-
Brinio
Agnès Evren
Daniel Fargeot
Gilbert Favreau
Bernard Fialaire
Isabelle Florennes
Philippe Folliot
Christophe-André
Frassa
Amel Gacquerre
Fabien Genet
Frédérique Gerbaud
Béatrice Gosselin
Nathalie Goulet
Sylvie Goy-Chavent
Jean-Pierre Grand
Daniel Gremillet
Jacques Groperrin
Pascale Gruny
Daniel Gueret
Jocelyne Guidez
Véronique Guillotin
Ludovic Haye
Olivier Henno
Loïc Hervé
Christine Herzog
Jean Hingray
Alain Houpert
Marie-Lise Housseau

Abstentions :

Bernard Buis
Samantha Cazebonne
Raphaël Daubet
Nicole Duranton

Stéphane Fouassin
Jean-Baptiste Lemoyne
Martin Lévrier
Solanges Nadille

François Patriat
Teva Rohfritsch
Patricia Schillinger

N'ont pas pris part au vote :

Gérard Larcher, Président du Sénat, Pierre Ouzoulis, Président de séance, Joël Guerriau, Stéphane Ravier.

SCRUTIN N° 74

sur l'amendement n° 1260 rectifié, présenté par M. Philippe Grosvalet et plusieurs de ses collègues, à l'article 23 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	343
Suffrages exprimés	223
Pour	13
Contre	210

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE LES RÉPUBLICAINS (130) :

Contre : 129

N'a pas pris part au vote : 1 M. Gérard Larcher, Président du Sénat

GROUPE SOCIALISTE, ÉCOLOGISTE ET RÉPUBLICAIN (64) :*Abstentions : 64***GROUPE UNION CENTRISTE (60) :***Contre : 60***GROUPE RASSEMBLEMENT DES DÉMOCRATES, PROGRESSISTES ET INDÉPENDANTS (20) :***Abstentions : 20***GROUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (19) :***Contre : 18**N'a pas pris part au vote : 1 M. Joël Guerriau***GROUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE - KANAKY (18) :***Abstentions : 17**N'a pas pris part au vote : 1 M. Pierre Ouzoulias, Président de séance***GROUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (16) :***Pour : 13**Contre : 3 Mme Mireille Conte Jaubert, M. Bernard Fialaire, Mme Véronique Guillotin***GROUPE ÉCOLOGISTE - SOLIDARITÉ ET TERRITOIRES (16) :***Abstentions : 16***RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (4) :***Abstentions : 3**N'a pas pris part au vote : 1 M. Stéphane Ravier***Ont voté pour :**

Christian Bilhac	Raphaël Daubert	Ahmed Laouedj
Sophie Briante	Éric Gold	Michel Masset
Guillemont	Philippe Grosvalet	Guylène Pantel
Henri Cabanel	André Guiol	Jean-Yves Roux
Maryse Carrère	Mireille Jouve	

Ont voté contre :

Marie-Do	Corinne Bourcier	Édouard Courtial
Aeschlimann	Jean-Marc Boyer	Pierre Cuypers
Pascal Allizard	Valérie Boyer	Laure Darcos
Jean-Claude Anglars	Jean-Luc Brault	Mathieu Darnaud
Jocelyne Antoine	Max Brisson	Marc-Philippe
Jean-Michel Arnaud	Christian Bruyen	Daubresse
Jean Bacci	Laurent Burgoa	Vincent Delahaye
Philippe Bas	Alain Cadec	Bernard Delcros
Arnaud Bazin	Olivier Cadic	Patricia Demas
Bruno Belin	Guislain Cambier	Stéphane Demilly
Marie-Jeanne Bellamy	Christian Cambon	Chantal Deseyne
Nadine Bellurot	Michel Canévet	Brigitte Devésa
Catherine Belhiti	Vincent Capo-	Franck Dhersin
Martine Berthet	Canellas	Catherine Di Folco
Annick Billon	Emmanuel Capus	Élisabeth Doineau
Olivier Bitz	Alain Cazabonne	Sabine Drexler
Étienne Blanc	Anne Chain-Larché	Alain Duffourg
Jean-Baptiste Blanc	Patrick Chaize	Catherine Dumas
Yves Bleunven	Daniel Chasseing	Françoise Dumont
Christine Bonfanti-	Alain Chatillon	Éric Dumoulin
Dossat	Patrick Chauvet	Laurent Duplomb
François Bonhomme	Cédric Chevalier	Dominique Estrosi
François Bonneau	Guillaume Chevrollier	Sassone
Michel Bonnus	Marta de Cidrac	Jacqueline Eustache-
Alexandra Borchio	Olivier Cigolotti	Brinio
Fontimp	Marie-Carole Ciuntu	Agnès Evren
Gilbert Bouchet	Mireille Conte Jaubert	Daniel Fargeot

Gilbert Favreau
Bernard Fialaire
Isabelle Florennes
Philippe Folliot
Christophe-André Frassa
Amel Gacquerre
Fabien Genet
Frédérique Gerbaud
Béatrice Gosselin
Nathalie Goulet
Sylvie Goy-Chavent
Jean-Pierre Grand
Daniel Gremillet
Jacques Groperrin
Pascale Gruny
Daniel Gueret
Jocelyne Guidez
Véronique Guillotin
Ludovic Haye
Olivier Henno
Loïc Hervé
Christine Herzog
Jean Hingray
Alain Houpert
Marie-Lise Housseau
Jean-Raymond Hugonet
Jean-François Husson
Brigitte Hybert
Corinne Imbert
Annick Jacquemet
Micheline Jacques
Lauriane Josende
Else Joseph
Muriel Jourda
Alain Joyandet
Roger Karoutchi
Claude Kern
Khalifé Khalifé
Christian Klinger
Sonia de La Provôté
Laurent Lafon
Marc Laménie
Florence Lassarade
Michel Laugier
Daniel Laurent
Christine Lavarde
Antoine Lefèvre

Dominique de Legge
Ronan Le Gleut
Marie-Claude Lermytte
Henri Leroy
Stéphane Le Rudulier
Pierre-Antoine Levi
Anne-Catherine Loisier
Jean-François Longeot
Vivette Lopez
Vincent Louault
Virginie Lucot Avril
Viviane Malet
Claude Malhuret
Didier Mandelli
Alain Marc
Hervé Marseille
Pascal Martin
Pauline Martin
Hervé Maurey
Pierre Médevielle
Thierry Meignen
Franck Menonville
Marie Mercier
Damien Michallet
Brigitte Micouleau
Alain Milon
Jean-Marie Mizzon
Albéric de Montgolfier
Catherine Morin-Desailly
Philippe Mouiller
Laurence Muller-Bronn
Georges Naturel
Anne-Marie Nédélec
Louis-Jean de Nicolay
Sylviane Noël
Claude Nougéin
Jean-Baptiste Olivier
Olivier Paccaud
Jean-Jacques Panunzi
Vanina Paoli-Gagin
Paul Toussaint Parigi
Anne-Sophie Patru
Philippe Paul
Jean-Gérard Paumier
Cyril Pellevat

Abstentions :

Cathy Apourceau-Poly	Evelyne Corbière	Joshua Hochart
Viviane Artigalas	Naminzo	Xavier Iacovelli
Jérémy Bacchi	Jean-Pierre Corbisez	Olivier Jacquin
Pierre Barros	Thierry Cozic	Yannick Jadot
Alexandre Basquin	Cécile Cukierman	Éric Jeansannetas
Audrey Bélim	Karine Daniel	Patrice Joly
Guy Benaroch	Ronan Dantec	Bernard Jomier
Grégory Blanc	Jérôme Darras	Gisèle Jourda
Florence Blatrix	Gilbert-Luc Devinaz	Patrick Kanner
Contat	Thomas Dossus	Éric Kerrouche
Nicole Bonnefoy	Jérôme Durain	Mikaele Kulimoetoke
Denis Bouad	Nicole Duranton	Marie-Pierre de La
Hussein Bourgi	Aymeric Durox	Gontrie
Isabelle Briquet	Vincent Éblé	Gérard Lahellec
Ian Brossat	Frédérique Espagnac	Annie Le Houerou
Colombe Brossel	Sébastien Fagnen	Jean-Baptiste Lemoyne
Céline Brulin	Rémi Féraud	Martin Lévrier
Bernard Buis	Corinne Féret	Audrey Linkenheld
Frédéric Buval	Jacques Fernique	Jean-Jacques Lozach
Marion Canalès	Jean-Luc Fichet	Monique Lubin
Rémi Cardon	Stéphane Fouassin	Victorin Lurel
Marie-Arlette Carloti	Fabien Gay	Monique de Marco
Samantha Cazebonne	Hervé Gillé	Marianne Margaté
Christophe Chaillou	Guillaume Gontard	Didier Marie
Yan Chantrel	Michelle Gréaume	Akli Mellouli
Catherine Conconne	Antoinette Guhl	Serge Méridou
Hélène Conway-Mouret	Laurence Harribey	Jean-Jacques Michau
	Nadège Havet	Marie-Pierre Monier

Franck Montaugé
Solanges Nadille
Corinne Narassiguin
Mathilde Ollivier
Saïd Omar Oili
Alexandre Ouizille
Georges Patient
François Patriat
Marie-Laure Phinera-
Horth
Sebastien Pla
Raymonde Poncet
Monge
Émilienne Poumirol
Didier Rambaud

Salama Ramia
Claude Raynal
Christian Redon-
Sarrazy
Sylvie Robert
Teva Rohfritsch
Pierre-Alain Roiron
David Ros
Laurence Rossignol
Daniel Salmon
Pascal Savoldelli
Patricia Schillinger
Ghislaine Senée
Silvana Silvani
Anne Souyris

Lucien Stanzone
Christopher Szczurek
Rachid Temal
Dominique Théophile
Jean-Claude Tissot
Simon Uzenat
Mickaël Vallet
Marie-Claude Varailles
Jean-Marc Vayssouze-
Faure
Mélanie Vogel
Michael Weber
Robert Wienie Xowie
Adel Ziane

N'ont pas pris part au vote :

Gérard Larcher, Président du Sénat, Pierre Ouzoulias, Président de séance, Joël Guerriau, Stéphane Ravier.

SCRUTIN N° 75

sur l'amendement n° 194 rectifié, présenté par Mme Pascale Gruny au nom de la commission des affaires sociales, à l'article 23 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	341
Suffrages exprimés	331
Pour	231
Contre	100

Le Sénat a adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GRUPE LES RÉPUBLICAINS (130) :

Pour : 129

N'a pas pris part au vote : 1 M. Gérard Larcher, Président du Sénat

GRUPE SOCIALISTE, ÉCOLOGISTE ET RÉPUBLICAIN (64) :

Contre : 64

GRUPE UNION CENTRISTE (60) :

Pour : 60

GRUPE RASSEMBLEMENT DES DÉMOCRATES, PROGRESSISTES ET INDÉPENDANTS (20) :

Pour : 8 M. Bernard Buis, Mme Nicole Duranton, M. Stéphane Fouassin, Mme Nadège Havet, MM. Mikaele Kulimoetoke, Saïd Omar Oili, Georges Patient, Didier Rambaud

Contre : 2 MM. Frédéric Buval, Martin Lévrier

Abstentions : 10

GRUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (19) :

Pour : 18

N'a pas pris part au vote : 1 M. Joël Guerriau

GRUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE - KANAKY (18) :

Contre : 17

N'a pas pris part au vote : 1 M. Pierre Ouzoulias, Président de séance

GRUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (16) :

Pour : 16

GRUPE ÉCOLOGISTE - SOLIDARITÉ ET TERRITOIRES (16) :

Contre : 16

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (4) :

Contre : 1

N'ont pas pris part au vote : 3 MM. Aymeric Durox, Joshua Hochart, Stéphane Ravier

Ont voté pour :

Marie-Do
Aeschlimann
Pascal Allizard
Jean-Claude Anglars
Jocelyne Antoine
Jean-Michel Arnaud
Jean Bacci
Philippe Bas
Arnaud Bazin
Bruno Belin
Marie-Jeanne Bellamy
Nadine Bellurot
Catherine Belrhiti
Martine Berthet
Christian Bilhac
Annick Billon
Olivier Bitz
Étienne Blanc
Jean-Baptiste Blanc
Yves Bleunven
Christine Bonfanti-
Dossat
François Bonhomme
François Bonneau
Michel Bonnus
Alexandra Borchio
Fontimp
Gilbert Bouchet
Corinne Bourcier
Jean-Marc Boyer
Valérie Boyer
Jean-Luc Brault
Sophie Briante
Guillemont
Max Brisson
Christian Bruyen
Bernard Buis
Laurent Burgoa
Henri Cabanel
Alain Cadec
Olivier Cadic
Guislain Cambier
Christian Cambon
Michel Canévet
Vincent Capo-
Canellas
Emmanuel Capus
Maryse Carrère
Alain Cazabonne
Anne Chain-Larché
Patrick Chaize
Daniel Chasseing
Alain Chatillon
Patrick Chauvet
Cédric Chevalier
Guillaume Chevrollier
Marta de Cidrac
Olivier Cigolotti
Marie-Carole Ciuntu
Mireille Conte Jaubert
Édouard Courtial
Pierre Cuyppers
Laure Darcos

Mathieu Darnaud
Raphaël Daubert
Marc-Philippe
Daubresse
Vincent Delahaye
Bernard Delcros
Patricia Demas
Stéphane Demilly
Chantal Deseyne
Brigitte Devésa
Franck Dhersin
Catherine Di Folco
Élisabeth Doineau
Sabine Drexler
Alain Duffourg
Catherine Dumas
Françoise Dumont
Éric Dumoulin
Laurent Duplomb
Nicole Duranton
Dominique Estrosi
Sassone
Jacqueline Eustache-
Brinio
Agnès Evren
Daniel Fargeot
Gilbert Favreau
Bernard Fialaire
Isabelle Florennes
Philippe Folliot
Stéphane Fouassin
Christophe-André
Frassa
Amel Gacquerre
Fabien Genet
Frédérique Gerbaud
Éric Gold
Béatrice Gosselin
Nathalie Goulet
Sylvie Goy-Chavent
Jean-Pierre Grand
Daniel Gremillet
Jacques Groperrin
Philippe Grosvalet
Pascale Gruny
Daniel Gueret
Jocelyne Guidez
Véronique Guillotin
André Guiol
Nadège Havet
Ludovic Hays
Olivier Henno
Loïc Hervé
Christine Herzog
Jean Hingray
Alain Houpert
Marie-Lise Housseau
Jean-Raymond
Hugonet
Jean-François Husson
Brigitte Hybert
Corinne Imbert
Annick Jacquemet

Micheline Jacques
Lauriane Josende
Else Joseph
Muriel Jourda
Mireille Jouve
Alain Joyandet
Roger Karoutchi
Claude Kern
Khalifé Khalifé
Christian Klinger
Mikaele Kulimoetoke
Sonia de La Provôté
Laurent Lafon
Marc Laménie
Ahmed Laouedj
Florence Lassarade
Michel Laugier
Daniel Laurent
Christine Lavarde
Antoine Lefèvre
Dominique de Legge
Ronan Le Gleut
Marie-Claude
Lermytte
Henri Leroy
Stéphane Le Rudulier
Pierre-Antoine Levi
Anne-Catherine
Loisier
Jean-François Longeot
Vivette Lopez
Vincent Louault
Virginie Lucot Avril
Viviane Malet
Claude Malhuret
Didier Mandelli
Alain Marc
Hervé Marseille
Pascal Martin
Pauline Martin
Michel Masset
Hervé Maurey
Pierre Médevielle
Thierry Meignen
Franck Menonville
Marie Mercier
Damien Michallet
Brigitte Micouleau
Alain Milon
Jean-Marie Mizzon
Albéric de Montgolfier
Catherine Morin-
Desailly
Philippe Mouiller
Laurence Muller-
Bronn
Georges Naturel
Anne-Marie Nédélec
Louis-Jean de Nicolaÿ
Sylviane Noël
Claude Nougéin
Jean-Baptiste Olivier
Saïd Omar Oili

Olivier Paccaud
 Guylène Pantel
 Jean-Jacques Panunzi
 Vanina Paoli-Gagin
 Paul Toussaint Parigi
 Georges Patient
 Anne-Sophie Patru
 Philippe Paul
 Jean-Gérard Paumier
 Cyril Pellevat
 Clément Pernot
 Cédric Perrin
 Maurice Perrion
 Évelyne Perrot
 Annick Petrus
 Stéphane Piednoir
 Bernard Pillefer
 Kristina Pluchet
 Rémy Pointereau
 Frédérique Puissat

Didier Rambaud
 Jean-François Rapin
 André Reichardt
 Évelyne Renaud-Garabedian
 Hervé Reynaud
 Olivia Richard
 Marie-Pierre Richer
 Olivier Rietmann
 Pierre Jean Rochette
 Bruno Rojouan
 Anne-Sophie Romagny
 Jean-Yves Roux
 Jean-Luc Ruelle
 Denise Saint-Pé
 Hugues Saury
 Stéphane Sautarel
 Michel Savin
 Elsa Schalck

Ont voté contre :

Cathy Apourceau-Poly
 Viviane Artigalas
 Jérémy Bacchi
 Pierre Barros
 Alexandre Basquin
 Audrey Bélim
 Guy Benarroche
 Grégory Blanc
 Florence Blatrix
 Contat
 Nicole Bonnefoy
 Denis Bouad
 Hussein Bourgi

Isabelle Briquet
 Ian Brossat
 Colombe Brossel
 Céline Brulin
 Frédéric Buval
 Marion Canalès
 Rémi Cardon
 Marie-Arlette Carlotti
 Christophe Chaillou
 Yan Chantrel
 Catherine Conconne
 Hélène Conway-Mouret

Bruno Sido
 Jean Sol
 Nadia Sollogoub
 Laurent Somon
 Francis Szpiner
 Philippe Tabarot
 Lana Tetuanui
 Sylvie Valente Le Hir
 Jean-Marie Vanlerenberghe
 Anne Ventalon
 Dominique Vérien
 Sylvie Vermeillet
 Pierre-Jean Verzelen
 Cédric Vial
 Paul Vidal
 Jean Pierre Vogel
 Louis Vogel
 Dany Wattebled

Evelyne Corbière
 Naminzo
 Jean-Pierre Corbisez
 Thierry Cozic
 Cécile Cukierman
 Karine Daniel
 Ronan Dantec
 Jérôme Darras
 Gilbert-Luc Devinaz
 Thomas Dossus
 Jérôme Durain
 Vincent Éblé
 Frédéric Espagnac

Sébastien Fagnen
 Rémi Féraud
 Corinne Féret
 Jacques Fernique
 Jean-Luc Fichet
 Fabien Gay
 Hervé Gillé
 Guillaume Gontard
 Michelle Gréaume
 Antoinette Guhl
 Laurence Harribey
 Olivier Jacquin
 Yannick Jadot
 Éric Jeansannetas
 Patrice Joly
 Bernard Jomier
 Gisèle Jourda
 Patrick Kanner
 Éric Kerrouche
 Marie-Pierre de La Gontrie
 Gérard Lahellec
 Annie Le Houerou

Samantha Cazebonne
 Xavier Iacovelli
 Jean-Baptiste Lemoyne
 Solanges Nadille

Gérard Larcher,
 Président du Sénat

Martin Lévrier
 Audrey Linkenheld
 Jean-Jacques Lozach
 Monique Lubin
 Victorin Lurel
 Monique de Marco
 Marianne Margaté
 Didier Marie
 Akli Mellouli
 Serge Mérillou
 Jean-Jacques Michau
 Marie-Pierre Monier
 Franck Montaugé
 Corinne Narassiguin
 Mathilde Ollivier
 Alexandre Ouizille
 Sébastien Pla
 Raymonde Poncet
 Monge
 Émilienne Poumirol
 Claude Raynal
 Christian Redon-Sarrazy

Abstentions :

François Patriat
 Marie-Laure Phinera-Horth
 Salama Ramia

N'ont pas pris part au vote :

Pierre Ouzoulias,
 Président de séance
 Aymeric Durox

Sylvie Robert
 Pierre-Alain Roiron
 David Ros
 Laurence Rossignol
 Daniel Salmon
 Pascal Savoldelli
 Ghislaine Senée
 Silvana Silvani
 Anne Souyris
 Lucien Stanzione
 Christopher Szczurek
 Rachid Temal
 Jean-Claude Tissot
 Simon Uzenat
 Mickaël Vallet
 Marie-Claude Varailles
 Jean-Marc Vayssouze-Faure
 Mélanie Vogel
 Michaël Weber
 Robert Wienie Xowie
 Adel Ziane

Teva Rohfritsch
 Patricia Schillinger
 Dominique Théophile

Joël Guerriau
 Joshua Hochart
 Stéphane Ravier