

DIMANCHE 23 NOVEMBRE 2025

**Financement de la sécurité sociale
pour 2026 (*Suite*)**

SOMMAIRE

FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2026 (Suite).....	1
Discussion des articles (Suite)	1
Troisième partie (Suite)	1
Après l'article 18 (<i>Supprimé</i>) (Suite)	1
Article 18 <i>bis</i>	3
Après l'article 18 <i>bis</i>	3
Article 18 <i>ter</i>	4
Article 18 <i>quater</i>	4
Article 19	4
M. Daniel Chasseing	4
Mme Anne Souyris	4
Mme Émilienne Poumirol	4
M. Alain Milon, vice-président de la commission des affaires sociales	5
Mme Stéphanie Rist, ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées	5
Mme Marion Canalès	5
Après l'article 19	7
Article 20	7
Mme Laurence Muller-Bronn	7
M. Daniel Chasseing	8
Mme Émilienne Poumirol	8
Mme Laurence Rossignol	8
Mme Anne Souyris	8
Mme Frédérique Puissat	8
Après l'article 20	13
Mise au point au sujet d'un vote	16
Discussion des articles (Suite)	16
Troisième partie (Suite)	16
Article 20 <i>bis</i>	16
Article 20 <i>ter</i>	17
Article 20 <i>quater</i>	17
Article 20 <i>quinquies</i>	18
Article 20 <i>sexies</i>	18
Article 20 <i>septies</i>	21
Article 20 <i>octies</i>	21
Après l'article 20 <i>octies</i>	21
Article 20 <i>nonies</i>	22
Mme Annie Le Houerou	22

Mme Anne Souyris	22
Mme Stéphanie Rist, ministre	22
Article 20 <i>decies</i>	22
Article 20 <i>undecies</i>	22
Article 20 <i>duodecies</i>	23
Article 21	23
Après l'article 21	32
Article 21 <i>bis</i>	34
Après l'article 21 <i>bis</i>	39
Mise au point au sujet d'un vote	40
Discussion des articles (Suite)	40
Troisième partie (Suite)	40
Article 21 <i>quater</i>	40
Après l'article 21 <i>quater</i>	41
Article 21 <i>sexies</i>	41
Après l'article 21 <i>sexies</i>	42
Article 21 <i>septies</i>	42
Article 21 <i>octies</i>	43
Article 21 <i>nonies</i>	43
Article 21 <i>decies</i>	44
Article 22	44
Après l'article 22	46
Article 22 <i>bis</i>	48
Article 22 <i>ter</i>	48
Article 23 (<i>Supprimé</i>)	48
Article 24	48
M. Khalifé Khalifé	48
Mme Anne Souyris	48
Après l'article 24	51
Article 24 <i>bis</i>	52
Article 25	52
Après l'article 25	52
Article 25 <i>bis</i>	53
Article 26 (<i>Supprimé</i>)	53
Article 26 <i>bis</i>	54
Article 26 <i>ter</i>	55
Article 26 <i>quater</i>	55
Après l'article 26 <i>quater</i>	55
Ordre du jour du lundi 24 novembre 2025	56

SÉANCE du dimanche 23 novembre 2025

20^e séance de la session ordinaire 2025-2026

PRÉSIDENCE DE M. PIERRE OUZOULIAS,
VICE-PRÉSIDENT

La séance est ouverte à 9 h 30.

Financement de la sécurité sociale pour 2026 (Suite)

M. le président. – L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du [projet de loi](#) de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2026, transmis en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution.

Discussion des articles (Suite)
TROISIÈME PARTIE (Suite)

Après l'article 18 (Supprimé) (Suite)

M. le président. – [Amendement n°1338 rectifié bis](#) de Mme Bourcier et *alii*.

Mme Laure Darcos. – Supprimons la gratuité de la complémentaire santé solidaire (C2S), anciennement couverture maladie universelle (CMU). Ses bénéficiaires sont 7,7 millions, dont 6 millions à titre gratuit. Elle évite un renoncement aux soins, mais la gratuité totale n'est plus acceptable dans un contexte budgétaire dégradé. Instaurons une participation financière des bénéficiaires à proportion de leurs revenus.

Mme Corinne Imbert, rapporteure de la commission des affaires sociales pour la branche assurance maladie. – La commission a soutenu la création de la C2S ainsi que toutes les évolutions tendant à étendre sa portée. C'est une garantie indispensable pour 6 millions d'assurés, parmi les plus précaires, qui pourraient avoir des difficultés à payer cette contribution et renoncer aux soins. En raison des effets de bord, avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées. – Retrait, sinon avis défavorable. En-dessous de 862 euros de revenus, la C2S est gratuite ; au-delà, une participation est demandée. Son objectif est d'éviter le non-recours aux soins.

Mme Corinne Féret. – Quel réveil... Pour trouver des économies, vous allez encore vers ceux qui ont le moins ! Serait-ce trop que de toucher 862 euros par mois ? Quel scandale ! Nous vous avons proposé de nouvelles recettes pour prendre à ceux qui ont

beaucoup, mais vous les avez refusées ! Pour vous, les pauvres sont toujours trop aidés... Qu'allez-vous encore inventer ? Nous nous opposerons aux mesures qui prennent à ceux qui n'ont rien.

Mme Laurence Rossignol. – Imaginez vivre avec 862 euros... Les collègues du groupe INDEP s'honoreraient à reconnaître que cet amendement est une erreur, à le retirer et à s'excuser auprès des gens qui gagnent moins de 862 euros par mois.

Mme Anne Souyris. – Veut-on que les plus pauvres arrêtent de se soigner ? Mais s'ils ne se soignent pas, ils coûteront plus cher quand ils seront gravement malades... Ou s'agit-il de faire semblant de trouver de l'argent ? J'espère que l'on oubliera rapidement cet amendement scandaleux.

M. Martin Lévrier. – Drôle de début... Nous devons penser prévention : si l'on supprime la gratuité de la C2S, les personnes les plus démunies n'iront plus chez le médecin – *idem* pour l'amendement du Gouvernement sur les chirurgiens-dentistes. Peut-être les parlementaires devraient-ils faire un stage d'un mois au Samu social ?

Mme Laure Darcos. – Nous voulons arrêter le tout gratuit. J'ai passé un scanner cette semaine ; devant moi, une dame à la C2S en était à son troisième de la semaine, car elle n'était pas contente du diagnostic. Même ces personnes-là doivent se rendre compte du coût de la santé ! Je retire l'amendement.

Mme Laurence Rossignol. – Il faut une ordonnance...

L'amendement n°1338 rectifié bis est retiré.

M. le président. – [Amendement n°159 rectifié septies](#) Mme Guidez et *alii*.

Mme Jocelyne Guidez. – Cet amendement d'appel a suscité de vives réactions – psychologues et psychiatres, mais aussi parents et associations. C'est parce que je défends des soins de qualité et que j'ai confiance dans les psychologues et les psychiatres, que je veux alerter sur les dangers de la psychanalyse dans le champ du handicap, tout particulièrement des troubles du neurodéveloppement (TND).

Pour les TND et notamment l'autisme, la Haute Autorité de santé (HAS) écarte, depuis 2012, les approches psychanalytiques, faute de données sur leur efficacité. Dans le champ de l'autisme, les troubles sont parfois niés, les parents culpabilisés et un temps précieux est perdu.

En dehors du champ des TND, le débat est plus ouvert, même si l'Inserm a conclu, en 2004, à une moindre efficacité par rapport à des approches cognitivo-comportementales plus brèves, moins coûteuses et mieux évaluées scientifiquement. Recentrons la prise en charge vers les soins les plus efficaces, compte tenu de l'absence de consensus scientifique autour du service rendu de la psychanalyse.

Cet amendement n'interdit pas la psychanalyse et ne remet pas en cause la liberté de pratique ; il replace la question de l'utilisation de l'argent public sur le terrain des preuves.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – La psychanalyse n'est pas prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO), mais certains psychiatres ou psychologues conventionnés y sont formés et des psychanalystes peuvent exercer dans des structures financées par l'assurance maladie.

Cet amendement présente des fragilités opérationnelles : comment l'assurance maladie saura-t-elle quels professionnels sont influencés par la psychanalyse ? Attention à ne pas restreindre l'accès aux soins psychiques. La commission s'en remet à l'avis du Gouvernement.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Retrait, sinon avis défavorable. Oui, il faut remettre la science au cœur de notre société. La HAS a dit dès 2012 que l'autisme ne pouvait être traité par la psychanalyse et elle continue à travailler sur ces sujets, avec le délégué interministériel aux TND. Le PLFSS n'est cependant pas le bon vecteur.

Mme Jocelyne Guidez. – Je retire mon amendement, mais mon combat continue, avec les associations et les parents.

Permettez-moi de vous raconter mon histoire (*Mme Jocelyne Guidez manifeste une intense émotion*), ou plutôt celle de ma sœur, dont le premier enfant était atteint du syndrome de Rett. Le psychologue qu'elle a consulté a fait de la psychanalyse et non pas de la psychologie. Il lui a demandé : avez-vous désiré votre enfant ? Aimez-vous votre enfant ? Lui parlez-vous tous les jours ? Quand l'enfant ne saisissait pas l'objet qu'on lui tendait, le psychologue-psychanalyste expliquait : « Mais madame, c'est parce qu'elle est en colère après vous. » J'ai récupéré ma sœur à la petite cuillère. (*Applaudissements sur plusieurs travées*)

Mme Laurence Rossignol. – Mme Guidez fait une explication de vote sur l'amendement qu'elle retire ? Je peux donc en faire une également !

L'amendement n°159 rectifié septies est retiré.

M. le président. – [Amendement n°1075 rectifié](#) de M. Ros et *alii*.

M. Patrick Kanner. – Nous partageons l'émotion de Mme Guidez.

M. Ros souhaite un rapport sur l'activité physique, qui n'est pas un loisir, mais un déterminant majeur de santé publique, dont les bénéfices sont nombreux et incontestables.

Malheureusement, seulement 11 % de nos concitoyens sont actifs de manière régulière, alors que 15 % des décès pourraient être évités si les recommandations de l'OMS étaient respectées. L'inactivité physique coûte 140 milliards d'euros par

an. Chaque euro dépensé dans l'activité physique permettrait d'économiser 13 euros de dépenses de santé. Cela permettrait aussi de lutter contre les inégalités.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Nous avons tous été émus par le témoignage de Mme Guidez. (*On acquiesce sur plusieurs travées.*) Je lui apporte tout mon soutien.

Avis défavorable s'agissant d'une demande de rapport, même si l'activité physique adaptée (APA) est utile, bien sûr.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Nous en reparlerons à l'article 19 sur la prévention. Mais c'est une demande de rapport : retrait sinon avis défavorable.

Mme Anne Souyris. – Les filières économiques ne sont pas l'objet du PLFSS, mais on en parle beaucoup ! Mais quand on parle de prévention, on nous dit que ce n'est pas le moment ou pas le bon endroit... L'APA permet de prévenir des maladies et elle participe à la guérison du cancer. Nous demandons un rapport à cause de l'article 40 de la Constitution.

Mme Émilienne Poumirol. – L'APA diminue les risques de récurrence de certains cancers de 40 % à 60 % – ce qu'avait confirmé l'Inserm lors d'un colloque en 2021. La HAS l'a reconnue comme thérapeutique non médicamenteuse en 2011 et elle peut être prescrite par les médecins généralistes depuis 2022. *A contrario*, la sédentarité est une cause de mortalité évitable. Selon l'OCDE, chaque euro investi dans l'activité physique génère 1,70 euro de bénéfices économiques.

Mme Véronique Guillotin. – Je suis convaincue de l'importance de l'APA et de l'activité physique en général, mais nous n'avons pas besoin d'un rapport – tout a déjà été dit. Il faut débattre du niveau de prise en charge par la sécurité sociale, du rôle des complémentaires santé et de la prévention, notamment en direction des tout-petits.

M. Alain Milon, vice-président de la commission des affaires sociales. – Des rapports, l'Académie de médecine en a fait, les sociétés savantes aussi. Les médecins recommandent quotidiennement la pratique sportive à leurs patients. Dans ce PLFSS, 70 demandes de rapports... (*Mme Frédérique Puissat applaudit.*)

Mme Stéphanie Rist, ministre. – L'assurance maladie doit prendre en charge dès lors que les études montrent une efficacité en prévention – c'est le cas pour le cancer du sein. Nous devons ensuite déterminer qui rembourse quoi. Reparlons-en à l'article 19.

L'amendement n°1075 rectifié n'est pas adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°1383](#) de Mme Souyris et *alii*.

Mme Anne Souyris. – Je le dis haut et fort : il est temps d'intégrer l'aide médicale de l'État (AME) au régime général.

La complexité des démarches administratives et la coexistence de plusieurs dispositifs ont des conséquences négatives sur la santé des bénéficiaires. Le taux de non-recours est de 49 %.

Notre demande n'est pas loufoque : c'est ce que recommandaient [l'Igas et l'IGF](#) en 2010, le [défenseur des droits](#) en 2014 et [l'Académie nationale de médecine](#) en 2017. Cela évitera des coûts et des souffrances humaines, qui ne se chiffrent pas.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – C'est une demande de rapport : retrait, sinon avis défavorable, sans surprise. Les bénéficiaires de l'AME – prestation qui relève du PLF – ont des conditions de prise en charge et un panier de soins particuliers.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Les personnes en situation illégale ne peuvent être considérées comme des assurés sociaux ; en revanche, dès qu'elles sont en situation régulière, elles le sont. Avis défavorable.

L'amendement n°1383 n'est pas adopté.

Article 18 bis

M. le président. – [Amendement n°78](#) de M. Henno.

M. Olivier Henno. – Supprimons cet article qui a plus sa place dans le [projet de loi Fraudes](#) – je ne développerai pas plus pour ne pas cannibaliser l'explication de la rapporteure.

M. le président. – [Amendement n°635](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Le renforcement de la lutte contre la fraude est une priorité de la commission, or elle est répandue en optique. Mais cet article a plus sa place dans le projet de loi Fraudes. Il est cependant encore inabouti, car restreint aux seules lentilles de contact, alors que les lunettes font aussi l'objet de fraudes.

Les amendements identiques n°s 78 et 635, acceptés par le Gouvernement, sont adoptés et l'article 18 bis est supprimé.

Après l'article 18 bis

M. le président. – [Amendement n°750 rectifié](#) de Mme Goulet et *alii*.

Mme Nadia Sollogoub. – Mme Goulet propose que l'élection de domicile – chez un tiers – ne vaille pas résidence, sinon les contrôles sont impossibles !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Là aussi, cela relève davantage du projet de loi Fraudes.

Le code de la sécurité sociale précise que la résidence doit être stable et permanente : l'élection de

domicile me semble donc exclue et l'amendement serait satisfait. Toutefois, quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Retrait, sinon avis défavorable, car l'amendement est satisfait. La vérification de la condition de résidence a lieu lors de la demande, sur la base de justificatifs et lors de contrôles réguliers. En 2024, les droits de 239 000 personnes ont été fermés après contrôle.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Même avis.

Mme Nadia Sollogoub. – La fraude concerne bien les finances de la sécurité sociale, en dépit du projet de loi Fraudes. Certains ne pourraient-ils pas arguer d'une résidence stable et permanente chez quelqu'un d'autre ? Cela me semble difficile à contrôler.

Mme Frédérique Puissat. – Comme rapporteurs du projet de loi Fraudes, avec Olivier Henno, nous avons constaté que différents services réalisaient ce travail d'investigation, presque un travail de police. Confiant dans l'expertise de Mme Goulet, je voterai cet amendement. Si les services ont besoin de cette disposition, ne nous en privons pas.

L'amendement n°750 rectifié est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – [Amendement n°766 rectifié bis](#) de Mme Goulet et *alii*.

Mme Nadia Sollogoub. – Nous demandons un rapport sur les contrôles de résidence, avec une ventilation géographique.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Ces contrôles font l'objet d'un suivi par la Cnam, mais aussi par la Cour des comptes dans ses rapports annuels de certification des comptes du régime général de sécurité sociale – le dernier datant de [mai 2025](#). Retrait, sinon avis défavorable.

L'amendement n°766 rectifié bis est retiré.

M. le président. – [Amendement n°1062](#) de Mme Poncet Monge et *alii*.

Mme Raymonde Poncet Monge. – L'arrêté sur le conventionnement entre taxis et organismes locaux d'assurance maladie impose une condition d'exploitation effective et continue de trois ans au moins, ce qui freine le conventionnement de taxis PMR (personnes à mobilité réduite) dans certains territoires. C'est ainsi seize nouvelles licences sont sur le territoire de la métropole de Lyon.

Avec cet amendement d'appel, nous demandons au Gouvernement de reconsidérer ce délai, à tout le moins dans les territoires où un besoin s'exprime.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Oui, pourquoi trois ans ? Le maillage des taxis sanitaires est déterminant pour l'accès aux soins. La fixation d'un

nombre de taxis conventionnés pour 100 000 habitants est aussi source d'inquiétude. Mais c'est encore une demande de rapport : avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – La convention-cadre applicable aux entreprises de taxis prévoit un supplément de 30 euros facturable aux personnes à mobilité réduite. Un comité de suivi a été mis en place. Retrait, sinon avis défavorable, s'agissant d'une demande de rapport.

L'amendement n°1062 n'est pas adopté.

Article 18 ter

M. le président. – [Amendement n°636](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cet amendement n'est pas que rédactionnel : nous laissons trois mois supplémentaires à l'expérimentation de la prise en charge des prélèvements médicaux légaux sans dépôt de plainte après des violences sexuelles et sexistes (VSS) avant la remise du rapport de bilan.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Avis favorable.

Mme Laurence Rossignol. – L'amendement de Mme la rapporteure est animé par de bonnes intentions. Mais j'ai un doute : que se passera-t-il une fois l'expérimentation achevée ? Je crains qu'en raccourcissant le délai, nous fragilisions une éventuelle généralisation.

Madame la ministre, quelle est l'intention du Gouvernement ? Allez-vous suivre les recommandations des deux assemblées ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Trois mois pour établir le bilan, ça ira. Mais plutôt sagesse...

Mme Laurence Rossignol. – Quelles sont les intentions du Gouvernement ? Pourquoi refusez-vous de me répondre ?

M. le Président. – Madame Rossignol...

L'amendement n°636 est adopté.

L'article 18 ter, modifié, est adopté.

Article 18 quater

M. le président. – [Amendement n°80](#) de M. Henno

M. Olivier Henno. – Défendu.

M. le président. – [Amendement identique n°637](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cet amendement supprime une demande de rapport sur le forfait patient urgence (FPU).

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Avis favorable.

Mme Laurence Rossignol. – Je reviens sur l'article 18 ter.

M. le président. – Je l'avais bien compris...

Mme Laurence Rossignol. – Vous faites ce que vous voulez, monsieur le président ; moi aussi. (*Murmures désapprobateurs à droite*)

Madame la ministre, vous avez refusé de répondre sur vos intentions concernant l'article 18 ter. Croyez-moi, nous y reviendrons !

Mme Frédérique Puissat. – Quelle violence !

M. le président. – Madame Rossignol, je ne fais pas ce que je veux lorsque je préside la séance : je préside pour l'institution, avec une neutralité absolue. (*Applaudissements sur les travées des groupes Les Républicains, UC et INDEP*)

Les amendements identiques n°s 80 et 637 sont adoptés et l'article 18 quater est supprimé.

Article 19

M. Daniel Chasseing. – Quelque 25 millions de personnes souffrent de pathologies chroniques. Les personnes en affection de longue durée (ALD) sont 9 millions et seront 18 millions en 2035. Cela représente les trois quarts des dépenses d'assurance maladie. D'où l'importance de la prévention. La liste des pathologies concernées sera précisée par la HAS et les ordres. Ce dispositif reposera sur le médecin-conseil, mais aussi le médecin traitant.

Ce sera un premier niveau d'ALD, sans traitement coûteux. S'agissant du second niveau, nous maintiendrons l'existant pour les maladies graves. Dans ces ALD de niveau 1, il pourra y avoir le diabète et l'hypertension artérielle.

Mme Anne Souyris. – L'article 19 partait d'une bonne idée : créer un panier de soins préventifs. Mais j'espère qu'il ne s'agit pas d'un prétexte pour restreindre les critères d'entrée en ALD.

Car, hélas, nous en avons des signes avant-coureurs. Il suffit de lire l'étude d'impact. Nous risquons d'aller vers un système à deux vitesses : pour les malades les plus graves, la prise en charge resterait à 100 %, alors que pour des milliers d'autres le reste à charge serait alourdi. Les économies attendues de la sortie de certains patients de l'ALD s'élèveraient à 514 millions d'euros.

Alors oui, investissons dans la prévention, mais ne la laissons pas devenir le cheval de Troie d'un recul des droits des malades chroniques.

Mme Émilienne Poumirol. – C'est le seul article du PLFSS qui traite de prévention. Mais cette avancée, insuffisante au demeurant, n'a-t-elle pas une visée purement comptable pour sortir certains patients de l'ALD ? Les syndicats médicaux s'en inquiètent.

Notre système est encore fondé sur le curatif – qui accapare 97 % des dépenses de santé. Mais avec les maladies chroniques, les pandémies, les inégalités, nous devons repenser notre modèle de santé et de prévention, dans une vision à long terme.

Ce PLFSS ne prévoit aucune mesure de prévention primaire : rien sur les grands défis de demain – la qualité de l'air, l'alimentation, les conditions de travail, etc. Nous devons pourtant raisonner « santé » – le fameux *One Health*, une seule santé –, plutôt que « soin ».

Emparons-nous des travaux de [Bernard Jomier](#) et de [Mélanie Vogel](#) sur la santé environnementale pour changer de paradigme !

M. Alain Milon, *vice-président de la commission des affaires sociales*. – Saluons la création d'un parcours d'accompagnement préventif, une avancée importante. Madame la ministre, quelle sera la place du diagnostic *in vitro* dans ce parcours ? Car ces examens jouent un rôle essentiel pour identifier les risques d'évolution, notamment.

Mme Stéphanie Rist, *ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées*. – Madame Rossignol, à l'expérimentation proposée par Mme Josso sur la soumission chimique s'est ajoutée celle portant sur la prise en charge des prélèvements – notamment des cheveux. Notre volonté est d'aller au bout de cette expérimentation.

Monsieur Milon, cet article 19 témoigne d'un véritable changement culturel. Les patients doivent bénéficier d'une prise en charge adaptée à leurs besoins. Bien sûr, l'objectif est de diminuer le nombre de patients en ALD, parce qu'ils iront mieux ! À terme, on pourrait imaginer tenir compte de l'absence de la maladie des patients pour rémunérer les professionnels de santé... Certains pays le font déjà.

Ces parcours relèveront de la prévention primaire et tertiaire. Je ne veux cependant pas m'avancer : respectons le parcours scientifique défini par la HAS.

Mme Marion Canaless. – L'article 19 serait l'apothéose de la prévention ? C'est certes une avancée, mais cela reste maigre. Et c'est quand même un amendement de l'Assemblée nationale qui a dû prévoir qu'il n'y aurait pas de dépassement d'honoraires !

Nous nous apprêtons à supprimer la visite de reprise des femmes enceintes dans ce PLFSS. Or le suicide maternel, lié à la dépression *post-partum*, est la première cause de mortalité maternelle.

Malheureusement, tous nos amendements n'ont pas été déclarés recevables. Je regrette que le Gouvernement n'ait pas intégré de lui-même dans le PLFSS les propositions issues de la [mission d'information](#) sur la périnatalité du Sénat et de la [commission d'enquête](#) sur la protection de l'enfance de l'Assemblée nationale.

M. le président. – [Amendement n°638](#)
Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement rédactionnel n°638, accepté par le Gouvernement, est adopté.

M. le président. – [Amendement n°639](#) de Mme Imbert au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, *rapporteuse*. – Cet amendement prévoit que la liste des pathologies éligibles aux parcours d'accompagnement soit établie après avis de la HAS, sur le modèle de ce qui est prévu pour les ALD.

M. le président. – [Amendement n°1562 rectifié bis](#) de M. Bonhomme et *alii*.

M. Laurent Somon. – Cet amendement intègre les associations agréées d'usagers aux concertations sur la détermination des critères permettant d'accéder à ces parcours. Cela ne peut être qu'un critère budgétaire ; associer les usagers, en sus de la HAS, serait une bonne chose.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Très bien !

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

Mme Nadia Sollogoub. – Intégrons les associations agréées d'usagers aux consultations en vue de la détermination des critères, pour mieux contrôler et garantir les droits des assurés sociaux.

M. le président. – [Amendement identique n°1623 rectifié quinquies](#) de Mme Aeschlimann et *alii*.

Mme Laurence Muller-Bronn. – Défendu.

M. le président. – [Amendement n°1545 rectifié ter](#) de Mme Antoine et *alii*.

M. Bernard Pillefer. – Les associations agréées d'usagers doivent participer aux concertations visant à déterminer les critères de mise en œuvre du parcours préventif.

M. le président. – [Amendement identique n°1589](#) de Mme Souyris et *alii*.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Défendu.

Mme Corinne Imbert, *rapporteuse*. – L'amendement n°1562 rectifié bis prévoit un avis conforme des associations d'usagers, ce qui ferait perdre à la HAS son caractère indépendant et scientifique : avis défavorable.

Les autres amendements visent à associer ces associations aux travaux de la HAS. Or elles y participent déjà, et certains de leurs représentants sont même vice-présidents de commission interne. Ces amendements sont satisfaits : retrait, sinon avis défavorable. Au reste, ils tomberont si celui de la commission est adopté.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Avis favorable à l'amendement de la commission. Les autres sont en effet satisfaits : retrait, sinon avis défavorable.

Vous avez raison d'insister : il est primordial d'associer les usagers aux travaux de la HAS, dans lesquels ils ont toute leur place ; c'est bien ce qui est fait.

L'amendement n°639 est adopté.

Les amendements n°s1562 rectifié bis, 238 rectifié bis, 1623 rectifié quinquies, 1545 rectifié ter et 1589 n'ont plus d'objet.

M. le président. – [Amendement n°556 rectifié bis](#) de Mme Deseyne et *alii*.

Mme Chantal Deseyne. – Dans un souci de cohérence, la définition et la mise en œuvre du parcours d'accompagnement préventif doivent s'appuyer sur les recommandations de la HAS en matière de prévention.

M. le président. – [Amendement identique n°855 rectifié bis](#) de M. Iacovelli et *alii*.

L'amendement n° 855 rectifié bis n'est pas défendu.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – La précision est utile. Le parcours préventif doit être adapté aux besoins des patients et aux orientations de la HAS, qui place la prévention au cœur de ses travaux et entend développer l'évaluation médico-économique dans ce domaine.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Autorité indépendante, la HAS définira le périmètre de ce parcours sur des bases scientifiques. Retrait, sinon avis défavorable.

L'amendement n°556 rectifié bis est adopté.

M. le président. – [Amendement n°640](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'article ne mentionne pas le médecin traitant, dont le rôle de suivi en matière de prévention est pourtant central. Le préciser va dans le sens des recommandations de la Cnam et réaffirmera la place du médecin traitant comme chef d'orchestre du parcours de santé.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Le médecin traitant est bien au centre de la prise en charge et du suivi des patients. Là où de tels programmes de prévention existent déjà, les médecins traitants y occupent une place essentielle. L'amendement est satisfait : retrait, sinon avis défavorable.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Excusez-moi d'insister, mais l'article ne le mentionne pas.

M. Daniel Chasseing. – Je suis d'accord avec la rapporteure : il faut préciser explicitement le rôle du médecin traitant, qui orientera les patients et transmettra la demande au médecin-conseil.

Mme Émilienne Poumirol. – En effet, il importe de préciser le rôle des médecins traitants, qui se sont saisis de la prévention, notamment au sein des communautés professionnelles territoriales de santé (CTPS). Un bémol, toutefois : faute de médecin traitant, de nombreux patients auront plus de mal à accéder au parcours de prévention.

L'amendement n°640 est adopté.

M. le président. – [Amendement n°1588](#) de Mme Souyris et *alii*.

Mme Anne Souyris. – La santé environnementale n'est pas un sujet périphérique ; c'est un déterminant majeur de la santé de la population.

Qualité l'air et de l'eau, exposition aux substances chimiques ou au bruit : les exposomes, surtout lorsqu'ils se cumulent, accroissent le risque de développer une maladie chronique. Ainsi, Santé publique France a montré que la pollution de l'air entraîne de nombreuses pathologies : asthme, AVC, diabète... Entre 12 et 20 % des nouvelles maladies respiratoires chez l'enfant sont imputables à cette exposition. Son coût annuel atteint 16 milliards d'euros, dont 13 milliards liés aux seules particules fines.

Précisons que le parcours d'accompagnement préventif devra prendre en compte la santé environnementale dans toutes ses dimensions, et non les seuls comportements individuels. La sécurité sociale de demain, c'est la prévention et la santé environnementale : ne manquons pas ce tournant.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – La HAS pourra en effet intégrer certaines pathologies dont vous parlez, comme l'asthme, dans le parcours de prévention. Je ne suis donc pas en désaccord sur le fond, mais je ne vois pas de raison de mentionner les déterminants environnementaux plus que les déterminants génétiques, métaboliques ou psychologiques. (*Mme Anne Souyris manifeste son désaccord.*) Je ne doute pas que la HAS adoptera une approche globale. Avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – La prise en considération de ces facteurs est indispensable. Ils sont d'ailleurs bien intégrés aux bilans de prévention aux âges clés de la vie. La HAS en tiendra compte. Retrait ?

L'amendement n°1588 n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°641 rectifié](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Nous ne souhaitons pas soumettre les parcours d'accompagnement préventifs à l'accord préalable de l'assurance maladie. Pour favoriser la prévention, rendons le dispositif moins contraignant. Le Gouvernement a répondu favorablement à ma demande et je l'en remercie.

M. le président. – [Amendement identique n°1351](#) du Gouvernement.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Il s'agit de couvrir l'amendement précédent.

Les amendements identiques n°s 641 rectifié et 1351 sont adoptés.

L'amendement n°525 n'est pas défendu.

M. le président. – [Amendement n°642](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – La liste des actes relevant du parcours n'est pas fixée et pourrait évoluer. Dans un souci de clarté, renvoyons sa fixation à un arrêté ministériel.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Retrait, car satisfait. Un décret en Conseil d'État est prévu.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – À l'alinéa 7, cette précision est utile.

L'amendement n°642 est adopté.

M. le président. – [Amendement n°821 rectifié](#) de Mme Lermytte et alii.

Mme Laure Darcos. – Mme Lermytte propose des indicateurs annuels de suivi du parcours d'accompagnement préventif.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Ce n'est pas une demande de rapport, mais presque... J'apprécie la subtilité et l'esprit malin ! (*Sourires*) Avis défavorable, néanmoins.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Un indicateur de suivi est bien prévu, portant notamment sur le nombre de patients. Vous avez satisfaction. Retrait, sinon avis défavorable.

L'amendement n°821 rectifié est retiré.

M. le président. – [Amendement n°1500 rectifié quater](#) de Mme Aeschlimann et alii.

Mme Laurence Muller-Bronn. – Une prévention réussie passe par la mobilisation de tous les acteurs. Nous proposons donc d'associer formellement les organismes complémentaires d'assurance maladie (Ocam) à la définition et à la mise en œuvre des parcours.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Je comprends votre intention, mais ces organismes s'impliquent déjà beaucoup en matière de prévention. Notre commission a confié à Mme Aeschlimann, avec Mmes Sollogoub et Canalès, une réflexion sur la prévention : je ne doute pas qu'elles formuleront des recommandations sur le rôle des Ocam. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Même avis. Les organismes complémentaires d'assurance maladie seront consultés, mais pas sur les pathologies concernées, dont la définition relève de la HAS.

L'amendement n°1500 rectifié quater n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°279 rectifié bis](#) de M. Milon et alii.

M. Khalifé Khalifé. – Nous souhaitons que les laboratoires de biologie médicale puissent vendre certains dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* à visée de santé publique. À la réflexion, il apparaît qu'ils sont déjà vendus par les pharmacies dans d'excellentes conditions. En accord avec M. Milon, je retire donc l'amendement.

L'amendement n°279 rectifié bis est retiré.

Après l'article 19

M. le président. – [Amendement n°1269 rectifié](#) de M. Chasseing et alii.

M. Daniel Chasseing. – Le coût des ALD non exonérantes – un tiers de troubles musculosquelettiques (TMS), un tiers de dépressions légères – est très important : trois fois celui des ALD. Afin de mieux encadrer ces arrêts de travail, le classement en ALD non exonérante devrait supposer l'avis préalable d'un spécialiste, rhumatologue pour les TMS ou psychiatre pour les dépressions légères. Il faut mettre l'accent sur la prévention et l'adaptation des postes pour éviter la désinsertion professionnelle de ces personnes, qui conduit souvent au licenciement.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Oui, il faut mieux encadrer certaines ALD hors liste. Mais lorsqu'elles consistent en une conjonction de plusieurs infections, quel médecin faudrait-il consulter ? Par définition, il n'y a pas de spécialiste des polyopathologies. La récente [mission Igas-IGF](#) n'a pas recommandé de systématiser une telle consultation préalable et le Gouvernement ne s'est pas prononcé. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Vous vous prononcerez à l'article 29 sur la suppression des ALD non exonérantes, que nous proposons. Retrait ?

L'amendement n°1269 rectifié est retiré.

Article 20

Mme Laurence Muller-Bronn. – L'article 20, supprimé par les députés, a été réintroduit par le Gouvernement en dépit des engagements pris. Il s'agit d'instaurer une obligation vaccinale contre la grippe pour les soignants et les résidents des Ehpad.

Notre système de santé est en péril, mais, au lieu d'apaiser les tensions et d'améliorer l'attractivité des métiers du soin, le Gouvernement ravive les conflits au mépris des principes éthiques, sous prétexte de la protection d'autrui.

Cette obligation porte atteinte à la liberté de prescription du médecin et nuit à la confiance. Surtout, les soignants, professionnels responsables, ne supportent plus d'être infantilisés. À 80 %, ils refusent

l'obligation vaccinale contre la grippe, qui n'est d'ailleurs pas recommandée par la HAS compte tenu de l'efficacité imparfaite du vaccin et de l'insuffisance des données disponibles. Le Haut Conseil de la santé publique ne recommande pas davantage cette mesure.

Notre système de santé est-il en danger de grippe ou d'implosion ? Ne lui donnons pas le coup de grâce !

M. Daniel Chasseing. – Il faut rendre plus efficace la politique vaccinale. La grippe, ce sont 20 000 hospitalisations et 10 000 décès ! La résurgence de la rougeole illustre les conséquences d'une dégradation de la couverture vaccinale. Les professionnels doivent être fortement incités à se faire vacciner. N'oublions pas que, avant les vaccins, notamment DTPC (Diphtérie Tétanos Poliomyélite Coqueluche), ces maladies entraînaient la mort de plusieurs milliers d'enfants par an.

L'obligation vaccinale, bien sûr, c'est compliqué, mais il faut persuader les professionnels de se faire vacciner, notamment contre la grippe. Nous devons donc beaucoup plus vacciner dans le cadre de la prévention. *(Mme Élisabeth Doineau applaudit.)*

Mme Émilienne Poumirol. – Nous avons connu l'apogée du moment antivax lors de la crise covid et nous en avons vu les dégâts. L'obligation vaccinale des soignants contre la grippe, c'est une évidence ! Dans les Ehpad, 83 % des résidents sont vaccinés : il est normal qu'un médecin ne vienne pas les contaminer. La proposition de suppression de Mme Muller-Bronn me paraît déplacée. Si la diphtérie, le tétanos, la coqueluche ou la polio ont disparu de nos pays, c'est bien grâce à la vaccination ! *(Applaudissements sur diverses travées)*

Mme Laurence Rossignol. – Madame Muller-Bronn, les soignants sont déjà soumis à des obligations vaccinales, pour les protéger contre des maladies qu'ils pourraient contracter dans l'exercice de leur profession. La logique est ici différente, puisqu'il s'agit de protéger les résidents des Ehpad. Quand on connaît leur vulnérabilité, comment hésiter ?

Sur les 8 000 à 10 000 morts annuels de la grippe, l'immense majorité sont des personnes âgées. Comment peut-on accepter d'exposer les résidents des Ehpad au risque qu'un soignant n'introduise dans leur établissement une maladie certes banale, mais potentiellement mortelle pour eux ? Ce n'est ni sérieux ni généreux !

Mme Anne Souyris. – Il s'agit de la protection des personnes. Certes, il y a la question du choix. Mais autant les soignants ont le choix de ne pas travailler en établissement, autant les résidents, eux, n'ont pas le choix ! S'ils ne sont pas protégés par le vaccin, ils sont pris en otage. Il est essentiel de les protéger.

Mme Frédérique Puissat. – Ce débat est intéressant et important. L'article mentionne la promotion de la vaccination : c'est donc qu'il y a un enjeu d'acceptabilité, que cela ne va pas de soi, dans

un secteur où, nous le savons bien, il y a des tensions de personnel. Discutons-en posément. Je voterai cet article, mais évitons les caricatures.

M. le président. – [Amendement n°173 rectifié](#) de Mme Muller-Bronn et *alii*.

Mme Laurence Muller-Bronn. – Nous proposons de supprimer la vaccination contre la grippe – nous ne remettons pas en question les autres – pour les professionnels de santé libéraux.

Je rappelle que l'obligation vaccinale pour les personnels en établissement a été supprimée en 2006 parce qu'elle n'était pas efficace, mais qu'elle peut être réactivée par décret à tout moment.

Dans le cas des professionnels de santé libéraux, comment pensez-vous contrôler la vaccination ?

La HAS est contre cette vaccination obligatoire *(M. Bernard Jomier le conteste)*, mais on passe par-dessus son avis, alors qu'il n'y a aucune urgence. C'est un coup de force !

De nombreux directeurs d'établissement redoutent une obligation, conscients qu'ils perdraient du personnel. Concernant la médecine libérale, encore une fois, comment comptez-vous contrôler ? S'agissant des 17 000 décès que la propagande *(protestations sur des travées à gauche et au centre)* invoque dans les médias...

M. le président. – Votre temps de parole est épuisé.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Comme Mme Puissat, je souhaite un débat apaisé.

Peu de mesures dans ce texte concernent la prévention, mais cet article en fait partie ; pour ma part, je le salue.

La dernière épidémie grippale a été particulièrement virulente : 30 000 hospitalisations et 17 000 décès. Or la vaccination des professionnels de santé en établissement stagne autour de 20 %. Dans ce contexte, il est légitime d'envisager la réactivation de certaines obligations vaccinales.

La mise en œuvre de nouvelles obligations pour les professionnels libéraux est conditionnée à un avis que la HAS rendra au printemps. Cette mesure emporte une large adhésion des acteurs de la santé.

L'article prévoit aussi l'obligation de vaccination contre la rougeole pour les professionnels de la petite enfance. Il y a quelques années, un certain nombre de décès sont intervenus – tout le monde s'en était ému. C'est pourquoi la HAS a à se prononcer pour cette obligation.

Soyons pragmatiques et considérons les avantages de la vaccination : protection des plus fragiles, moins de morts, moindres frais d'hospitalisation. Avis défavorable à l'amendement.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Voici une mesure de prévention.

L'année dernière, la grippe a fait 17 000 morts, plus que la canicule de 2003.

Mme Puissat a raison : un problème se pose, alimenté par les *fake news* qui envahissent les réseaux sociaux. Nombre de nos concitoyens sont maintenant inquiets à l'idée de se faire vacciner ; il faut le prendre en compte. Nous disons à ces personnes : allez en discuter avec votre médecin, un professionnel de santé, qui vous présentera les données scientifiques sur la vaccination et ses avantages.

Nous nous engageons à renforcer les explications et à lutter contre les *fake news*, pour redonner confiance dans la science.

Les soignants sont déjà tenus d'être vaccinés contre quatre maladies, et cette obligation est entrée dans les habitudes. Seulement 21 % d'entre eux sont vaccinés contre la grippe – la proportion est plus forte chez les médecins que les aides-soignantes. On ne peut s'en satisfaire. Dans les établissements, quand les médecins réunissent les infirmières et les aides-soignantes en expliquant l'utilité du vaccin et en proposant à l'ensemble de l'équipe de se faire vacciner, les taux de vaccination sont bien supérieurs.

Nous appliquerons l'obligation l'année prochaine seulement si l'avis de la HAS est favorable. En ce qui concerne la rougeole, elle a donné son accord, car 83 % des infections sont nosocomiales, c'est-à-dire liées au milieu de soins.

Quant aux résidents des Ehpad, leur taux de couverture vaccinale contre la grippe atteint 83 %. Je suis défavorable à des sanctions contre les personnes âgées. Certains non-vaccinés ont des contre-indications, d'autres n'ont pas été informés ou ont manqué l'occasion. D'autres encore ont peur : il faut les rassurer – laissons les établissements agir au cas par cas.

La suppression de cet article à l'Assemblée nationale m'a causé une grande tristesse, celle de voir notre pays s'éloigner de la science. Nous avons beaucoup de travail.

M. Daniel Chasseing. – Les médecins sont responsables et respectent, dans leur grande majorité, les obligations vaccinales. Dans les Ehpad, ils incitent à la vaccination et en expliquent les bénéfices. Le taux de vaccination parmi les résidents, proche de 90 %, limite considérablement les décès. À titre personnel, je suis favorable à l'obligation vaccinale pour les personnels, même si elle peut poser problème dans certains cas.

M. Martin Lévrier. – Mme Buzyn a rendu onze vaccins obligatoires : c'est la première fois que ma messagerie électronique de parlementaire a explosé... À l'époque déjà, une rumeur circulait sur les vaccins, battant en brèche les données scientifiques. Le covid

en a remis des kilos, notamment sur les réseaux sociaux.

Ces théories prospèrent notamment dans les déserts médicaux, parce que, faute de médecins, les gens regardent sur les réseaux comment se soigner. Nous sommes en train de laisser les gourous gagner la partie !

En 2018, il y a eu une résurgence de grippe : une jeune femme de 16 ans, ne pouvant se faire vacciner car immunodéprimée, a été contaminée par une jeune personne qui n'avait pas voulu se faire vacciner ; elle en est morte. Les personnels de santé doivent prendre la mesure de cette obligation morale de prévention.

M. Bernard Jomier. – Nous assistons à une inquiétante désinformation en santé à l'échelle mondiale. Le ministre américain de la santé répand des informations fausses et décapite les institutions de santé. Je salue la décision du précédent ministre de la santé de lancer une mission sur ce problème ; j'espère que ses conclusions seront mises en application. Mme Muller-Bronn a parlé de propagande : mais le nombre de morts de la grippe est un fait avéré ! Employer un tel terme, c'est nourrir la désinformation.

Cette question soulève le problème de l'équilibre entre liberté individuelle et intérêt collectif. Or il n'est pas le même suivant les cas, certaines maladies se transmettant entre humains, d'autres non. Il s'agit de se protéger soi-même, mais aussi la collectivité. Bien sûr, cette protection n'est pas absolue et il y a toujours un doute. Le doute, disait Aristote, est le commencement de la sagesse. Débattons donc avec sagesse, en évitant les caricatures et les postures.

Mme Véronique Guillotin. – On ne peut prétendre que le vaccin contre la grippe serait utile ou inefficace. C'est un excellent moyen de prévention.

On peut, en revanche, débattre des avantages de l'obligation comparés à ceux de la sensibilisation. Mais les onze vaccins rendus obligatoires ne posent plus problème et la sensibilisation a ses limites : seulement 20 % de soignants vaccinés contre la grippe, ce n'est pas acceptable, compte tenu notamment des doutes qui peuvent en résulter dans l'esprit des résidents.

Je voterai fermement contre cet amendement.

Mme Anne Souyris. – Parlons clair : je suis favorable à l'obligation vaccinale pour les soignants. Un taux de 20 %, cela signifie que l'épidémie passe ; c'est irresponsable.

En revanche, dans la mesure où 90 % des résidents sont vaccinés, je ne suis pas favorable à l'idée de sanctions. De quoi s'agirait-il ? Enfermer les gens dans leur chambre ? Les conséquences peuvent être extrêmement graves.

Oui, la lutte contre les *fake news* est essentielle. Commençons par apprendre à nos jeunes à vérifier les

informations. Il faut prévenir autant que possible, notamment à l'école.

M. Olivier Henno. – Je ne suis pas docteur : si j'avais su, j'aurais mieux travaillé à l'école... (*Sourires*) Il n'y a pas de sujet tabou au Parlement, mais notre groupe votera contre cet amendement.

Nous sommes convaincus que nos choix doivent être guidés par la science. À titre personnel, j'ai perdu il y a quatre ans une amie qui était en pleine forme, morte de la grippe ; ses enfants regrettent qu'elle n'ait pas été vaccinée.

C'est une curiosité de notre époque de voir remis en cause des résultats scientifiques. Pour ma part, j'ai du mal à accepter l'idée que Louis Pasteur et Marie Curie aient été des charlatans ! (*Applaudissements sur diverses travées*)

M. Jean-François Rapin. – Nous débattons d'un texte financier : considérons donc aussi l'enjeu financier. L'année dernière, la grippe a entraîné 1 774 hospitalisations en réanimation, d'une durée moyenne de huit à dix jours. Le coût d'une journée étant de l'ordre de 2 500 euros, je vous laisse faire le calcul. Or 80 % de ces personnes n'étaient pas vaccinées. Le geste vaccinal, lui, coûte 20 euros.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Les soignants sont généralement responsables. Beaucoup d'entre eux sont d'ailleurs vaccinés.

Je suis pour l'obligation vaccinale, mais je pense qu'il faut beaucoup plus de prévention, de discussions avec les familles et les soignants. Il y a aussi ceux qui, dans les déserts médicaux, n'ont pas la possibilité de se faire vacciner. Les gens ne sont pas forcément au courant que c'est possible dans une pharmacie.

Nous voterons évidemment contre cet amendement.

Mme Laurence Rossignol. – Mme Puissat a eu raison de parler d'acceptabilité. En réalité, la résistance aux vaccins est aussi ancienne que la vaccination. Le mouvement anti-vaccinal existait déjà au moment du premier vaccin contre la variole ! Ces résistances ont été à la fois religieuses et ésotérico-naturalistes. En 2018, lors de l'épidémie de rougeole à Brooklyn, c'est une résistance religieuse qui s'est encore manifestée.

Le Parlement représentant l'intérêt général, il devrait être unanime à adresser à la population un message favorable à la vaccination !

Mme Silvana Silvani. – Veillons à ce que nos débats n'alimentent pas la défiance face aux connaissances scientifiques, car c'est un phénomène extrêmement grave. S'il y a eu des interrogations pendant le covid, ce n'est pas parce que la science était défailante, mais parce que la crise a été très mal gérée, en tout cas au début. Résistons au règne de l'obscurantisme dont le président américain est l'incarnation !

M. Alain Milon, vice-président de la commission. – En 2013, notre ancien collègue socialiste Georges Labazée a écrit un [rapport sur la politique vaccinale](#) édifiant. Pourtant, il était au départ convaincu par la non-obligation.

Un exemple : j'ai adopté une petite fille handicapée originaire du Niger, Mariama, hyper handicapée. Tous les enfants qui l'entouraient à Niamey, pourtant en bonne santé, sont morts de la rougeole l'année suivante, car ils n'étaient pas vaccinés. À son arrivée en France, je l'ai fait vacciner. Mariama est décédée récemment, mais elle serait morte vingt ans plus tôt sans vaccin.

À l'issue de son travail, Georges Labazée a changé d'avis et inscrit dans son rapport la nécessité de la vaccination.

Les personnels qui travaillent dans les Ehpad ne doivent pas transmettre de maladies ; ils doivent être vaccinés. (*Applaudissements*)

L'amendement n°173 rectifié n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°326](#) de M. Szczurek et alii.

M. Joshua Hochart. – Vous connaissez notre désamour pour les agences, particulièrement pour les ARS. Supprimons l'alinéa 2 de cet article pour que leurs compétences ne soient pas élargies, en attendant leur suppression.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Je souhaite confier l'intégralité du pilotage territorial de la politique vaccinale aux ARS, car elles savent assurer une meilleure cohérence territoriale. Avis défavorable.

Les modifications proposées par le texte ont été peu discutées. Le Gouvernement peut-il nous éclairer sur les conséquences en matière de financement des centres de vaccination des collectivités ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Je crois en la coordination entre les ARS et les collectivités territoriales. Nous l'avons vu durant le covid pour la mise en place des centres de vaccination. Le pilotage régional fait partie des missions des ARS. Toutefois des questions légitimes se posent sur les missions des ARS, et nous en débattons. Leurs missions doivent évoluer pour rester au plus près des besoins du terrain.

Avis défavorable à l'amendement.

L'amendement n°326 n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°643](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cet amendement supprime l'obligation de vaccination contre la grippe pour les résidents des Ehpad et renforce l'incitation par l'insertion d'une mention à ce sujet dans les contrats de séjour signés par chaque résident.

Le taux de vaccination des résidents atteint 83 %, contre seulement 20 % pour les professionnels de santé. Entre résidents et professionnels, la question de l'obligation ne se pose pas dans les mêmes termes.

Cette obligation pose la question du consentement aux soins. Instaurer une obligation vaccinale engendre plus de résistance que d'adhésion. Enfin, aucune action concrète ne résulterait du refus de cette obligation – le résident ne serait pas exclu. Je souhaiterais plutôt que les résidents fassent le choix de la vaccination et que leurs familles soient conscientes des dangers qu'ils courent.

M. le président. – [Amendement identique n°865 rectifié bis](#) de Mme Guillotin et *alii*.

Mme Véronique Guillotin. – L'intention est bonne : il faut que les professionnels de santé se vaccinent. Cela me semble plus difficile pour les résidents : que faire en cas de troubles cognitifs ou quand les familles interfèrent et comment instaurer des sanctions ?

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

Mme Florence Lassarade. – Tout a été dit. Toutefois, la vaccination contre le zona et le pneumocoque n'a pas été abordée. Je me suis intéressée à ces questions dans mon [rapport sur l'hésitation vaccinale](#). Je regrette que le vaccin nasal pédiatrique pour les enfants qui rendent visite à leurs grands-parents en Ehpad ait été retoqué, alors que beaucoup de pays européens l'utilisent.

M. le président. – [Amendement n°1576 rectifié bis](#) de M. Jomier et du groupe SER.

M. Bernard Jomier. – Mme la rapporteure dit qu'il ne faut pas décider d'une obligation vaccinale pour les résidents, déjà vaccinés à 83 %. Pourtant, lorsque Mme Buzyn a instauré l'obligation de la vaccination contre la rougeole, le taux de vaccination était équivalent.

L'obligation vaccinale a été efficace contre la rougeole. On ne peut pas se contenter de ces 83 % de résidents vaccinés en Ehpad pour arrêter la circulation d'un virus comme la grippe. La rougeole a repris en 2024, mais uniquement dans des zones circonscrites, ce qui nous renvoie aux propos de Mme Rossignol. De plus, on ne va pas sortir des Ehpad ceux qui refusent la vaccination.

Je propose donc de rendre la vaccination obligatoire à l'admission en Ehpad.

M. le président. – [Amendement n°1577 rectifié bis](#) de M. Jomier et du groupe SER.

M. Bernard Jomier. – Cet amendement étend l'obligation à tous ceux qui sont en contact avec les résidents.

M. le président. – [Amendement n°853 rectifié ter](#) de M. Lévrier et *alii*.

M. Martin Lévrier. – J'adhère totalement aux propos du docteur Jomier. Mon amendement va un peu plus loin. Je crois au libre arbitre des personnes âgées, qui signent un contrat d'admission à leur entrée. Il est donc aisé d'ajouter une obligation vaccinale pour certaines pathologies. C'est ce qui existe pour les enfants avant leur entrée en crèche ou à l'école. J'ai dirigé une maison de retraite de 90 lits : quand la grippe arrive en Ehpad, c'est panique à tous les étages !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Retrait, sinon avis défavorable pour l'amendement n°276 rectifié *bis*. Une communication annuelle aux autorités de tutelle serait chronophage et peut-être contreproductive. L'inscription dans le contrat de séjour et la sensibilisation des familles sont déjà des mesures importantes.

Même avis pour l'amendement n°1576 rectifié *bis*, qui n'est pas opérationnel. On vérifie le statut vaccinal à l'entrée, or en fonction des saisons, un vaccin peut ne plus être efficace ou ne pas être encore disponible.

Demande de retrait, sinon avis défavorable sur l'amendement n°1577 rectifié *bis* : attendons l'avis que la HAS remettra au printemps prochain.

Concernant l'amendement n°853 rectifié *ter*, je ne suis pas davantage convaincue. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – L'obligation vaccinale n'existera que si la HAS confirme son intérêt pour les personnes âgées et les soignants. Elle donnera également des données sur la couverture. M. Jomier a bien résumé les enjeux de responsabilité. La HAS statuera sur le taux de vaccination minimal nécessaire pour être efficace. Le taux de vaccination est national ; parfois, dans certains Ehpad, le taux de couverture est de seulement 30 %.

S'agissant des sanctions, laissons de la souplesse aux établissements. Privilégions l'incitation ; les acteurs au plus près des patients pourront œuvrer en faveur de leur vaccination.

Avis défavorable à l'ensemble des amendements.

M. Daniel Chasseing. – Je voterai l'amendement n°643 de la rapporteure. Je suis d'accord avec Bernard Jomier : si la personne entre dans un Ehpad au printemps, le contrat peut faire état d'une obligation vaccinale à la prochaine campagne.

Tout le personnel doit être vacciné, au nom de la solidarité.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Nous sommes favorables à une forte incitation. Parlons de flux et de stock : l'obligation concernera en fait le flux de nouveaux résidents. Or la campagne de vaccination pour la grippe est annuelle. Nous retrouvons donc toujours le même problème, à chaque renouvellement de vaccin. Et que faire pour les personnes âgées accueillies dans les services gériatriques des hôpitaux ?

M. Martin Lévrier. – Ceux qui signent le contrat de séjour lors de leur entrée en Ehpad adhéreront à l'obligation vaccinale, ce pour chaque année à venir. Il n'y a donc pas de débat. C'est le même principe que ce que Mme Buzyn a mis en place pour les crèches et les écoles. Si elle n'avait pas pris cette décision courageuse, nous n'en serions pas là aujourd'hui.

Qui convainc sur les réseaux sociaux ? Les antivax ! Pour faire gagner la science, il faut être directifs.

Mme Laurence Muller-Bronn. – Il existe une différence juridique entre les Ehpad et les crèches. Dans un Ehpad, le résident est chez lui, dans son foyer, et non pas dans un lieu collectif. Je voterai l'amendement n°643 de la rapporteure.

Dans tous les pays européens évolués qui s'abstiennent de cette obligation, les maladies infectieuses sont impliquées dans moins de 2 % des décès. Nous serions le seul pays à mettre en place une telle obligation, alors que la HAS s'est encore prononcée contre récemment. La Finlande, pays le plus avancé en matière de vaccination, a instauré une incitation, non une obligation.

M. Bernard Jomier. – Le bilan des extensions d'obligations vaccinales mises en place par Mme Buzyn est extrêmement positif. Soyons pragmatiques. La collectivité a gagné à cette responsabilisation.

Madame la rapporteure, j'ai entendu vos objections, mais elles peuvent se régler par voie réglementaire.

Le respect que nous devons aux résidents des Ehpad nous conduit à l'obligation. La position de la commission est un recul. Celle du Gouvernement est responsable.

M. Simon Uzenat. – Un Ehpad constitue bien le domicile des personnes hébergées. Mais, en cas d'épidémie, chaque résident est cloîtré dans sa chambre. C'est un drame ! Pendant plusieurs jours, vous vous retrouvez complètement isolé si vous avez la grippe. Ces mesures sont donc indispensables.

Monsieur le président, vous n'êtes pas responsable de l'ordre de discussion des amendements, mais nous devrions d'abord examiner ceux qui sont les plus progressistes, pour examiner enfin les moins-disants.

L'amendement de la commission marque un recul très net, comme l'a souligné M. Jomier. La vaccination est une solution d'intérêt général.

M. le président. – Monsieur Uzenat, j'ai craint que vous ne me demandiez si j'étais vacciné contre la grippe. Je le suis ! (« *Bravos* » et *applaudissements*)

Pour le reste, le règlement du Sénat commande l'ordre d'examen des amendements.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – À titre personnel, je suis favorable à la vaccination des personnes âgées contre la grippe. Nous devrions chercher à convaincre les familles.

Notre pays dispose d'une politique vaccinale depuis des années. La vaccination commençait autrefois à 75 ans ; désormais, c'est 65 ans. Nous avons avancé. Il y a eu un avant et un après covid. D'ailleurs, je salue la décision de la Cnam, qui a changé la présentation de son bon de vaccination contre la grippe, désormais dissocié du bon contre le covid. Les résultats sont pour le moment encourageants.

Il y a un problème de résistance à la vaccination dans les Ehpad. Je crains les effets de bord. Par exemple, si une personne souffrant de troubles cognitifs refuse la vaccination, que faire ?

M. Bernard Jomier. – Procédure oblige, on n'a pas le droit de répondre...

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – C'est vrai.

Sur le terrain, je constate un large taux de vaccination. Sans doute doit-on obliger les personnes rendant visite aux résidents des Ehpad à pratiquer les gestes barrières. Durant le covid, les infections avaient diminué grâce à ces gestes.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Madame la rapporteure, je vous remercie de rappeler l'efficacité des gestes barrières lorsque l'on rend visite aux personnes fragiles.

On peut déjà vacciner la personne hospitalisée dans un service gériatrique qui irait ensuite en Ehpad.

Les amendements identiques n°s 643 et 865 rectifié bis sont adoptés.

Les amendements n°s 276 rectifié bis, 1576 rectifié bis, 1577 rectifié bis et 853 rectifié ter n'ont plus d'objet.

M. le président. – [Amendement n°833 rectifié bis](#) de M. Bourgi et *alii*.

M. Rémi Féraud. – Nous voulons protéger différemment les personnes les plus fragiles. Nous instaurons une obligation vaccinale à l'endroit des personnels de santé en contact avec les patients vulnérables. Celle-ci serait contrôlée par leur employeur. Ce faisant, nous nous inspirons du modèle finlandais. Cette mesure serait cohérente avec le droit existant, sans remettre en cause le principe de liberté individuelle.

M. le président. – [Amendement identique n°1426 rectifié bis](#) de Mme Guillotin et *alii*.

Mme Véronique Guillotin. – Défendu.

Je suis favorable à l'obligation vaccinale. Nos boîtes email seront bientôt inondées de messages antivax venant de faux profils...

Une solution : je pense à un pédiatre qui devient influenceur le soir et qui a du poids auprès du public. Pourquoi ces influenceurs ne pourraient-ils pas être labellisés pour emporter l'adhésion à la vaccination ?

M. le président. – [Amendement n°1822 rectifié](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Rédactionnel.

M. le président. – [Amendement n°563 rectifié](#) de Mme Guillotin et *alii*.

L'amendement n°563 rectifié est retiré.

M. le président. – [Amendement n°644 rectifié](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Rédactionnel.

M. le président. – [Amendement n°428 rectifié ter](#) de M. Levi et *alii*.

M. Khalifé Khalifé. – Merci à la rapporteure et à la ministre d'avoir insisté sur l'importance des gestes barrières, très suivis et donc très efficaces durant le covid. Malheureusement, il y a du relâchement depuis – je l'ai constaté dans le métro...

M. le président. – [Amendement identique n°457 rectifié ter](#) de M. Milon et *alii*.

Mme Chantal Deseyne. – Défendu.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable aux amendements n°833 rectifié *bis* et 1426 rectifié *bis*, satisfaits. Les employeurs hospitaliers peuvent vérifier le statut vaccinal de leurs employés, c'est aussi le rôle de la médecine du travail.

L'avis de la HAS est attendu au printemps. Pour l'heure, patientons. Retrait, sinon avis défavorable sur les amendements 428 rectifié *ter* et 457 rectifié *ter*.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Les amendements n°s 428 rectifié *ter* et 457 rectifié *ter* relatifs aux professionnels libéraux sont satisfaits : retrait.

Avis favorable aux amendements réactionnels n°s 1822 rectifié et 644 rectifié de la commission.

Madame Guillotin, nous devons en effet utiliser les influenceurs à condition que ceux-ci soient labellisés.

Les amendements n°s 833 rectifié *bis* et 1426 rectifié *bis* obligent uniquement les professionnels qui font face à des malades fragiles. Je comprends l'intention des auteurs de l'amendement. Cela pourrait être un axe de travail en matière de sanction : si les professionnels ne sont pas vaccinés, ils pourraient peut-être être interdits d'exercer dans certains services.

Les amendements identiques n°s 833 rectifié bis et 1426 rectifié bis ne sont pas adoptés.

L'amendement n°1822 rectifié est adopté, de même que l'amendement n°644 rectifié.

Les amendements identiques n°s 428 rectifié ter et 457 rectifié ter ne sont pas adoptés.

M. le président. – [Amendement n°1823](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement de coordination n°1823, accepté par le Gouvernement, est adopté.

L'article 20, modifié, est adopté.

Après l'article 20

M. le président. – [Amendement n°1436](#) de M. Khalifé.

M. Khalifé Khalifé. – Les missions financées par le fonds d'intervention régional (FIR), géré par les ARS, se sont diversifiées, au point de rendre difficile l'évaluation de leur efficacité réelle. Recentrons le FIR sur ses missions centrales : l'organisation des soins, la coordination territoriale, la réponse à des besoins objectifs.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Retrait, sinon avis défavorable. Cet amendement retire du champ du FIR des sujets utiles comme la promotion de parcours de santé coordonnés ou le développement de la démocratie sanitaire. Les ARS disposent d'une marge de manœuvre dans l'utilisation de ces crédits.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Avis défavorable. Le FIR regroupe un grand nombre de financements. Les parlementaires qui siègent au conseil des ARS peuvent demander quels sont les projets financés par le FIR : c'est l'occasion de mesurer tout l'intérêt de ce fonds qui s'adapte aux territoires, aux projets, notamment en matière de démocratie sanitaire. J'appelle plutôt à le consolider !

M. Khalifé Khalifé. – Je ne conteste pas l'intérêt du FIR, dont je suis aussi convaincu que vous. Je souhaitais simplement en renforcer la transparence et la visibilité. Cela étant, je retire l'amendement.

L'amendement n°1436 est retiré.

M. le président. – [Amendement n°1742](#) de Mme Le Houerou et du groupe SER.

Mme Annie Le Houerou. – Ce PLFSS fixe un Ondam en progression de 1,6 % seulement. Cette contraction budgétaire affecte d'abord les établissements médico-sociaux et les structures de soins de proximité, en première ligne sur les enjeux de prévention – or c'est la prévention qui évite les complications médicales coûteuses et l'aggravation des inégalités de santé.

Cet amendement appelle à une clarification stratégique de la politique de prévention autour d'objectifs mesurables, de financements identifiés et d'une gouvernance partagée. Le rapport demandé poserait les bases d'une réforme solide, cohérente avec les orientations du [plan national de santé publique](#). La prévention est l'un des leviers les plus efficaces pour améliorer la santé des Français et réduire nos dépenses de santé.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Une fois n'est pas coutume, nous avons voté l'an dernier, à [l'article 69 de la LFSS](#), un rapport sur les mesures prises en matière de prévention – il n'a pas été remis. Avis défavorable. Attendons les conclusions de la [mission d'information](#) sénatoriale sur ce sujet.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Sur le fond, je vous rejoins. L'an dernier, j'avais d'ailleurs déposé, avec Aurélien Rousseau, un amendement créant un sous-Ondam consacré à la prévention.

Beaucoup de financements vont à la prévention, primaire ou secondaire, mais on gagnerait à en améliorer la lisibilité.

Avis défavorable à la demande de rapport, mais sachez que je suis très engagée sur le sujet.

Mme Émilienne Poumirol. – Je ne retrouve pas l'amendement que j'ai déposé au sujet de l'hypercholestérolémie familiale. Cette maladie touche 250 000 personnes en France, 30 000 à 50 000 enfants, mais seuls 10 % des patients sont dépistés. C'est une maladie génétique héréditaire, quatre fois plus fréquente que la mucoviscidose. Si elle n'est pas dépistée précocement, elle peut emporter de lourdes conséquences, notamment un risque d'infarctus – dès 12 ans, pour la forme homozygote.

Les Pays-Bas, l'Espagne, le Royaume-Uni ont engagé des politiques de dépistage précoce, suivant les recommandations de l'OMS. Cela éviterait 6 500 syndromes coronariens aigus, soit un coût annuel de 70 millions d'euros, sachant que les maladies cardiovasculaires représentent 10 % des dépenses d'assurance maladie.

Dans un [avis](#) rendu en 2023, la HAS a souligné l'importance du dépistage. Article 40 oblige, cet amendement propose un rapport visant à en évaluer les bénéfices et les coûts.

L'amendement n°1742 n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°783 rectifié](#) de Mme Le Houerou et *alii*.

Mme Annie Le Houerou. – Cet amendement demande un rapport sur la santé mentale des jeunes, notamment en milieu rural. Alors que 75 % des troubles psychiques apparaissent avant 25 ans, il est crucial d'identifier ces situations au plus tôt. Les jeunes dénoncent la banalisation des discriminations, le poids des normes sociales ; ils se sentent jugés, incompris. En milieu rural, c'est la triple peine : isolement géographique, stigmatisation sociale, manque de ressources et d'accompagnement...

Les dispositifs de santé mentale sont trop souvent pensés pour des contextes urbains. S'ajoutent à cela des difficultés d'insertion, des freins à la formation ou au logement, des inégalités de genre. Selon l'Igas, près de 338 000 jeunes ruraux vivraient sous le seuil de pauvreté.

Dans ce contexte, la faible progression de l'Ondam n'est pas à la hauteur des besoins. Les sous-objectifs dédiés à la psychiatrie et à la prévention doivent être mieux calibrés. Notre amendement demande un rapport pour dresser l'exécution des crédits et en évaluer l'impact réel.

M. le président. – [Amendement n°1495 rectifié](#) de M. Vallet et *alii*.

Mme Marion Canalès. – Mickaël Vallet demande lui aussi un bilan sur la santé mentale des jeunes en milieu rural.

Je fais le lien avec le FIR, mais aussi avec l'action des missions locales, qui lèvent les freins à l'insertion, mais aussi à la mobilité, au logement ou à la santé, notamment mentale. Certains collègues demandent qu'on rationalise le périmètre des missions locales en les regroupant, pour couvrir des territoires plus vastes. J'ai présidé une mission locale urbaine, mais qui couvrirait 44 territoires ruraux. Si on élargit leur périmètre, elles ne pourront plus mener à bien leurs missions. Cette demande de rapport est aussi un moyen d'alerter !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable à ces demandes de rapport. Les jeunes ruraux ne sont pas les premiers bénéficiaires de l'action portée par les missions locales, malgré l'engagement des équipes. Par ailleurs, je renvoie à l'excellent [rapport](#) de nos collègues Sol, Chasseing et Brulin sur la santé mentale. Les travaux du Sénat valent bien ceux que l'on demande – en vain – au Gouvernement...

Mme Stéphanie Rist, ministre. – La santé mentale des jeunes est un sujet majeur. Il y a 149 maisons d'adolescents ; nous sommes à 92 % de l'objectif de couverture, qui est d'une maison par département. Quelque 103 projets territoriaux de santé mentale (PTSM) ont déjà été rédigés, pour apporter des réponses territoire par territoire. Le PLFSS 2026 consacre 35 millions d'euros au renforcement de la pédopsychiatrie. Nous avançons sur la labellisation des maisons France santé, pour que les jeunes, où qu'ils habitent, puissent pousser une porte et obtenir une réponse. Avis défavorable aux demandes de rapport, mais le sujet est traité. Le ministre du travail a par ailleurs confirmé l'intérêt du Gouvernement pour les missions locales.

Mme Anne-Sophie Romagny. – La mission locale que je préside couvre 72 communes rurales. Les problèmes de santé mentale des jeunes ruraux passent généralement sous les radars, or il y a besoin d'avoir un travail à la maille, comme l'a bien dit Mme Canalès, pour lever les freins à la mobilité, à l'accès aux soins, au logement.

Mme Laurence Rossignol. – Ces demandes de rapport sont surtout le moyen d'évoquer diverses questions de santé publique.

La prise en charge de la santé mentale des jeunes ne doit pas faire l'impasse sur l'accompagnement des

parents, souvent seuls et désemparés. Quand on leur rend leur gamine 48 heures après une hospitalisation pour tentative de suicide sans adressage ni parcours, ils sont démunis. Il faut traiter aussi le burn-out et la solitude des parents !

M. Daniel Chasseing. – Le rapport que nous avons rédigé avec Jean Sol et Cécile Brulin nous a conduits sur le terrain. On compte aujourd'hui 40 % de pédopsychiatres de moins qu'en 2010 ; 700 médecins scolaires pour 1 600 postes budgétés ; les centres médico-psychologiques (CMP) sont débordés.

Dans les Pyrénées-Orientales et en Seine-Maritime, les hôpitaux ont embauché et formé des infirmiers en pratique avancée (IPA) psychiatrie qui apportent beaucoup. J'avais proposé, modestement, que le Gouvernement préconise l'embauche d'IPA pour mieux prendre en charge la santé mentale, mais mon amendement a été retoqué.

Mme Céline Brulin. – Les demandes de rapport sont un moyen d'attirer l'attention sur des sujets de santé publique.

La santé mentale était « grande cause nationale » de l'année 2025 – or cela n'apparaît guère dans ce PLFSS. Les 35 millions d'euros annoncés pour la pédopsychiatrie sont peu de chose, rapportés au nombre de départements !

Les délais d'accès aux CMP sont insupportables pour les familles, les malades sont livrés à eux-mêmes à leur sortie des urgences... Bien des problèmes de notre société ont un lien avec la santé mentale de la population, et notamment des jeunes. Cela mérite un investissement bien plus important, et qu'on redonne ses lettres de noblesse à la psychiatrie, spécialité malaimée des jeunes médecins. Être érigé « grande cause nationale » ne doit pas être juste un supplément d'âme, mais se traduire concrètement.

M. Jean Sol. – La santé mentale et la psychiatrie ne doivent pas être une grande cause sans grands moyens. Le suicide est la première cause de décès chez les jeunes ; on en parle trop peu. Toutes les catégories sociales sont touchées. Dans certains départements, il faut trois mois pour avoir un rendez-vous en CMP ; dans d'autres, plus d'un an !

Les conseils locaux de santé mentale jouent un rôle important, mais vu la pénurie de pédopsychiatres et de psychiatres, il serait nécessaire de développer les parcours d'IPA formés en santé mentale.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – On compte 2 400 IPA, dont 600 en psychiatrie. C'est encore insuffisant. On sait leur efficacité sur le terrain, en coordination avec les médecins traitants et les psychiatres. Comptez sur mon engagement.

Mme Rossignol évoque à raison l'accompagnement des parents d'adolescents en souffrance : il faut une prise en charge globale.

Le financement de la santé mentale a énormément augmenté ces cinq dernières années. Il faut

poursuivre. Notre feuille de route couvre la détection, la prise en charge, la reconstruction ensuite. Le Gouvernement y travaille, et je suis favorable à ce qu'on relance le comité interministériel sur la santé mentale. J'espère annoncer des avancées concrètes d'ici la fin de l'année.

Les différences entre départements tiennent à la démographie, aux initiatives des professionnels dans les CPTS. Nous accompagnons les dynamiques. Enfin, les prises en charge sont différentes en fonction des compétences des départements.

L'amendement n°783 rectifié n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°1495 rectifié.

M. le président. – [Amendement n°555 rectifié bis](#) de Mme Deseyne et *alii*.

Mme Chantal Deseyne. – L'obésité a un impact sur l'ensemble de nos comptes sociaux. Les informations sont parcellaires. Un rapport permettrait d'identifier les leviers de prévention et d'accompagnement. Cela dit, anticipant la position de la commission, je retire l'amendement.

L'amendement n°555 rectifié bis est retiré.

M. le président. – [Amendement identique n°856 rectifié bis](#) M. Iacovelli et *alii*.

M. Xavier Iacovelli. – Nous avons besoin de données chiffrées sur les conséquences économiques et sociales de l'obésité.

Outre l'impact en matière de santé publique, les coûts indirects de l'obésité, incluant les indemnités journalières, les arrêts de travail, les dépenses liées aux maladies chroniques et les pertes de production représenteraient plusieurs milliards d'euros par an. On chiffre à 125 milliards le traitement des maladies liées à l'obésité et au surpoids.

Le rapport permettra de mieux comprendre les déterminants économiques et sociaux de l'obésité, et d'identifier les leviers de prévention et d'accompagnement.

Selon la HAS et l'OMS, l'obésité est une maladie multifactorielle ; n'étant pas reconnue en ALD, elle n'est pas prise en charge à 100 % par la sécurité sociale. Nous avons besoin de cet outil de connaissance et de pilotage afin d'agir de manière stratégique, pour la soutenabilité de notre modèle social.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – En effet, l'obésité est un enjeu de santé publique – mais pas que.

L'assurance maladie mène des actions de prévention, avec la mission « Retrouve ton cap », ou l'opération « Bien manger, bien bouger ». Le ministère de la santé a publié en 2023 un [rapport](#) « Mieux prévenir et prendre en charge l'obésité en France », qui comporte plusieurs recommandations.

La prise en charge des personnes obèses au quotidien englobe la question du transport médical, par exemple. Vous soulevez un vrai sujet.

En attendant, poursuivons et intensifions les actions de sensibilisation auprès des enfants.

Avis défavorable à la demande de rapport.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – En décembre, je présenterai la feuille de route sur l'obésité, commencée par mes prédécesseurs dès juin avec Judith Aron, médecin spécialiste. Il s'agira de renforcer l'offre, de mieux coordonner les parcours, d'améliorer la prise en compte des maladies associées, avec un focus sur les jeunes.

Sur le transport médical, le travail est en cours. Je note que le sujet a suscité moins d'amendements cette année. Nous avançons avec les acteurs.

Retrait, sinon avis défavorable.

M. Bernard Jomier. – Mme Deseyne souhaite identifier des leviers de prévention ? Le Nutri-score en est un ! La littérature scientifique a montré son efficacité comme outil de prévention. Je n'aurai pas la cruauté de rappeler que vous avez voté contre...

Mme Sophie Primas. – Pour de bonnes raisons ! Ne soyez pas caricatural.

M. Olivier Rietmann. – C'est une catastrophe.

M. Bernard Jomier. – C'est un outil qui fonctionne. Je vous invite à y réfléchir.

Mme Marion Canalès. – Autre levier : la lutte contre le sucre ! Nous en avons débattu dans la nuit de jeudi à vendredi. Notre amendement visant les produits sucrés pour les enfants a été adopté – espérons qu'il survivra. Si l'on rend les enfants accros au sucre, on aura beau leur dire « mangez, bougez », cela ne changera rien. Avançons sur la fiscalité comportementale pour faire bouger les industriels !

M. Xavier Iacovelli. – Mme la rapporteure a raison, il faut de la prévention. Mais Mme Canalès aussi : sans aliments sains, la prévention ne fonctionnera pas !

Vous avez parlé du transport ? Le trajet en ambulance bariatrique de Montreuil à la Salpêtrière – à peine 6 kilomètres – coûte 1 600 euros. C'est un scandale ! Le Gouvernement doit s'engager à réguler les transports, mais aussi nous donner des éléments sur l'impact économique et social de l'obésité, pour mieux lutter contre cette maladie.

Mme Laure Darcos. – Depuis trois ans, il existe, à l'école primaire, le dispositif des 30 minutes d'activité physique quotidienne – qui n'est absolument pas mis en œuvre.

C'est pourtant une utile sensibilisation des jeunes – mais aussi des parents. Les écoles qui s'en sont saisies trouvent que les enfants se concentrent mieux

sur les activités scolaires. Personne n'en a parlé, ce dispositif est-il déjà aux oubliettes ? Soit on le retire, soit on l'impose.

L'amendement n°856 rectifié bis est retiré.

M. le président. – Je vais suspendre. Il reste 563 amendements à examiner.

La séance est suspendue à midi cinquante-cinq.

PRÉSIDENCE DE MME ANNE CHAIN-LARCHÉ,
VICE-PRÉSIDENTE

La séance reprend à 14 h 30.

Mise au point au sujet d'un vote

M. Olivier Henno. – Lors du scrutin public n°38, Michel Canévet souhaitait voter contre.

Acte en est donné.

Discussion des articles (*Suite*)
TROISIÈME PARTIE (*SUITE*)

M. Alain Milon, vice-président de la commission. – Il nous reste 563 amendements à examiner. À titre indicatif, afin de parvenir à l'article 45 *bis* mardi à 19 heures au plus tôt, nous devons examiner 24 amendements par heure, ce qui est un rythme classique. Or, depuis le début du PLFSS, nous avons examiné 15,3 amendements par heure ; ce matin, nous étions à 15,4. Sans nier tout l'intérêt des sujets abordés, il nous faut accélérer si nous voulons examiner dans de bonnes conditions les articles très importants à venir.

Quoi qu'il en soit, le Sénat ira au terme de l'examen du PLFSS. J'espère qu'il ne sera pas nécessaire d'employer certaines procédures évoquées en conférence des présidents.

J'invite chacun à exprimer ses idées avec concision. (*Applaudissements sur les travées des groupes Les Républicains, INDEP et du RDPI*)

Mme Frédérique Puissat. – Bravo !

Article 20 bis

Mme la présidente. – [Amendement n°83](#) de M. Henno.

M. Olivier Henno. – Pour bien commencer, défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°645](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Les articles 20 *bis* et 20 *ter* concernent la conservation de

vaccins par les médecins, dans les cabinets médicaux, pour vacciner leurs patients. Ils sont séduisants au premier abord, mais pourraient poser des problèmes techniques et logistiques.

Les contraintes ont été levées temporairement durant le covid, mais le contexte était très particulier, nous courrions le risque de dispersion des stocks et de tensions sur les approvisionnements locaux.

Les pharmacies d'officines couvrent bien le territoire : 20 % d'entre elles sont dans des communes de moins de 2 000 habitants, garantissant un bon accès à la vaccination.

Le vaccin contre la grippe est commandé en février puis fabriqué jusqu'en juin. Il y a trois ans, on en manquait encore. Or on ne peut en fabriquer à l'automne. La dispersion des stocks, dans ce cas, posera problème. Je souscris à la simplification du parcours vaccinal, mais soyons vigilants.

Il y a dix ans, je vous aurais dit : « à chacun son métier ». Depuis, il y a eu le covid. Je regrette les polémiques entre professionnels de santé sur qui peut vacciner ou non. Évitions les guerres de chapelles.

Ce qui serait inacceptable, c'est que les obligations de conservation des vaccins ne s'appliquent qu'à certains professionnels.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1598 rectifié](#) de M. Pointereau et *alii*.

M. Rémy Pointereau. – Défendu.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Cette mesure, introduite à l'Assemblée nationale, fait suite à une demande des médecins, afin d'éviter de faire revenir leur patient en consultation pour la vaccination. Si la chaîne du froid est respectée et les conditions de sécurité remplies, je ne vois pas de raison de le refuser. Avis défavorable.

Mme Anne Souyris. – Depuis le covid, les tâches sont davantage partagées. Désormais, les pharmaciens peuvent vacciner. Les médecins ont été autorisés à conserver des vaccins contre le covid – plus difficiles à conserver au froid que le vaccin contre la grippe.

Pourquoi dire « à chacun son métier » ? D'abord, la mesure ne concerne que les médecins volontaires. Ensuite, il est essentiel de simplifier la vaccination pour atteindre les populations fragiles, si l'on veut augmenter le taux de vaccination.

Les stocks sont déjà dispersés dans les officines. L'important est de savoir où sont les vaccins, c'est une question d'organisation.

Nous voterons contre ces amendements de suppression.

M. Bernard Jomier. – Le but n'est pas d'envoyer des vaccins chez tous les médecins. Tous les cabinets médicaux ne chercheront pas à remplir les conditions requises.

Simplifier le parcours vaccinal est bienvenu. Il faut peut-être modifier cet article, mais pas le supprimer. Nous assistons à une redistribution des tâches parmi les professionnels de santé, les pharmaciens ont vu leurs compétences reconnues.

Je suppose que la plupart des médecins conservent des vaccins dans leur réfrigérateur, sans aucun contrôle - comme pendant la crise covid. Je regrette que vous fermiez la porte à une simple possibilité.

Mme Céline Brulin. – Cet article 20 *bis* faciliterait la vaccination. De nombreux professionnels nous demandent de faire perdurer les assouplissements accordés pendant la pandémie.

Je propose aussi, avec mon amendement n°1190, d'élargir cette possibilité aux infirmiers. Les décrets s'éloignent de l'esprit de la [loi](#) qui autorisait un diagnostic infirmier. Beaucoup d'infirmiers le regrettent.

Les amendements identiques n°83, 645, 1598 rectifié sont adoptés et l'article 20 bis est supprimé.

Les amendements [n°834 rectifié bis](#) et [146 rectifié bis](#), [n°147 rectifié bis](#) et [1332 rectifié bis](#), [n°545](#) et [1190](#), [n°397 rectifié bis](#), [564 rectifié bis](#) et [1775 rectifié](#), [n°565 rectifié bis](#) et [1578 rectifié bis](#) n'ont plus d'objet.

Article 20 ter

Mme la présidente. – [Amendement n°84](#) de M. Henno.

M. Olivier Henno. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°646](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Mêmes arguments. Hormis les vaccins contre la grippe et le covid, il faut une prescription médicale. Cela oblige à la sérialisation, obligatoire pour les officines.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1605 rectifié](#) de M. Pointereau et *alii*.

M. Rémy Pointereau. – Défendu.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Sagesse, compte tenu de votre vote sur l'article précédent, que je regrette.

Les amendements identiques n°84, 646 et 1605 rectifié sont adoptés et l'article 20 ter est supprimé.

Les amendements [n°1340 rectifié bis](#), [877](#) et [835 rectifié bis](#) n'ont plus d'objet.

Article 20 quater

Mme la présidente. – [Amendement n°647](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement rédactionnel n°647, accepté par le Gouvernement, est adopté.

L'article 20 quater, modifié, est adopté.

Article 20 quinquies

Mme la présidente. – [Amendement n°86](#) de M. Henno.

M. Olivier Henno. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°648](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cet article est satisfait par l'article 40 de la [LFSS pour 2024](#), qui a créé la prise en charge des protections périodiques réutilisables. Le problème réside dans le retard des textes d'application, pas dans la loi. Nous supprimons l'article.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Avis favorable.

Mme Anne Souyris. – Cet article met fin à une anomalie. L'association 60 millions de Consommateurs révélait en 2023 la présence de particules toxiques dans vingt-quatre produits testés. L'Anses a aussi dénoncé la présence de résidus de produits toxiques comme le glyphosate. Si aucune recherche ne prouve la dangerosité de telles expositions simultanées, cette absence de preuve est due à un androcentrisme historique et non à l'innocuité de l'exposition répétée des muqueuses à ces substances. Déconstruisons les biais sexistes, en appliquant le principe de précaution.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Le décret est en cours d'élaboration. La prise en charge de ces protections périodiques pour les plus défavorisées est prévue. Nous sommes en cours de concertation avec l'Anses pour exclure ces produits dangereux du cahier des charges.

Les amendements identiques n°s 86 et 648 sont adoptés et l'article 20 quinquies est supprimé.

Article 20 sexies

Mme la présidente. – [Amendement n°1510 rectifié bis](#) de M. Le Rudulier et *alii*.

M. Khalifé Khalifé. – J'ai cosigné cet amendement pour évoquer ce sujet important des haltes soins addictions (HSA), sans remettre en cause leur intérêt. L'expérimentation, lancée en 2016, est cantonnée à Strasbourg et Paris, mais d'autres villes ont mis en place, un peu à la sauvette, ce type de haltes. L'évolution du narcotrafic nous commande de nous saisir de ce sujet.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable. Si nous ne prolongeons pas l'expérimentation, qui doit prendre fin le 31 décembre, les usagers seraient privés de soins. Plusieurs

rapports d'évaluation soulignent le bilan globalement positif des HSA.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Les évaluations sont nombreuses. Côté santé publique, il n'y a pas photo ! Moins de décès par overdose, de surdosages, d'endocardites, de passages aux urgences... De ce point de vue, il faut pérenniser le dispositif.

Côté tranquillité publique, le nombre de seringues retrouvées sur la voie publique est passé de 150 à moins de 10 par jour. Le ministre de l'intérieur relève aussi une diminution des troubles à l'ordre public.

À l'évidence, cela ne signifie pas que tous les problèmes sont réglés. Ne mettons pas fin à cette expérimentation qui a prouvé son utilité, mais améliorons-la. Certains centres suscitent moins le mécontentement des riverains que d'autres.

Je remercie toutes les associations et les professionnels de santé qui prennent en charge ces toxicomanes, dont les histoires sont très tristes.

M. Khalifé Khalifé. – Merci, madame la ministre, de ces explications. Le terme de suppression était provocateur, mais permettait d'évoquer ce sujet calmement. Nous attendons des réformes rapides pour améliorer le dispositif et agir dans d'autres villes.

L'amendement n°1510 rectifié bis est retiré.

Mme la présidente. – [Amendement n°957 rectifié](#) de Mme Evren et *alii*.

Mme Agnès Evren. – Éluée de Paris, je suis défavorable aux salles de shoot et à leur pérennisation, même si la réduction des risques est utile. Les haltes soins ne soignent pas ; elles entretiennent les toxicomanes dans la dépendance. (*Protestation sur les travées du groupe SER*) Elles créent des abcès de fixation et attirent de nouveaux publics en errance et en grande difficulté sociale, qui ne se rendraient pas dans le quartier sans la présence de cette salle. Le quartier Lariboisière est devenu depuis neuf ans un enfer pour les riverains, entre trafics, agressions, hurlements et bagarres. La halte soins est un marché du crack à ciel ouvert, avec une insécurité de jour comme de nuit.

L'expérience strasbourgeoise n'a rien à voir : il s'agit de centres fermés avec des médecins et addictologues, dans une zone inhabitée, offrant une véritable prise en charge sanitaire, sociale et psychiatrique.

Supprimons cet article.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – J'entends ces problèmes. L'article prolonge l'expérimentation ; il ne la pérennise pas. Ce serait dommage, pour la santé publique, d'y mettre fin.

J'espère qu'un bilan complet sera réalisé. (*Mme Stéphanie Rist acquiesce.*) Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Je ne dispose pas de données sur l'arrêt de l'addiction ; c'est pourquoi il faut poursuivre l'expérimentation. Certains centres fonctionnent mieux que d'autres, essayons de savoir pour quelles raisons. La santé publique prime. Avis défavorable.

Mme Anne Souyris. – Il n'existe pas de centre « à la sauvette ». Il y a une HSA à Strasbourg et une seconde à Paris.

M. Khalifé Khalifé. – Et à Marseille !

Mme Anne Souyris. – Non, il n'y en a pas à Marseille, malgré la volonté d'en ouvrir une. L'expérimentation repose exclusivement sur deux HSA. Ce n'est pas suffisant.

Mme Evren dit que celle de Lariboisière serait une catastrophe. Pourtant, la maire de l'arrondissement obtient de meilleurs résultats dans les bureaux de vote voisins qu'au moment de l'implantation de la HSA ! (*Mme Sophie Primas ironise.*) Preuve que les riverains sont satisfaits. (*M. Olivier Rietmann proteste.*) La HSA est dirigée par un médecin et des soignants y sont toujours présents.

M. Rémi Féraud. – C'est un débat sérieux. Nous sommes ici pour le budget de la sécurité sociale, pas pour la campagne de Mme Dati. (*Protestations sur les travées du groupe Les Républicains*)

Mme Agnès Evren. – Quel rapport avec Mme Dati ? C'est de la politique politicienne ! Arrêtez votre polémique de bas étage...

M. Rémi Féraud. – Je suis pour la réduction des risques. J'étais maire du 10^e arrondissement et M. Jomier adjoint à la maire de Paris chargé de la santé, lorsque nous avons voulu ouvrir une HSA dans l'enceinte de l'hôpital Lariboisière. (*Mme Sophie Primas proteste*) L'implantation n'est pas la même qu'à Strasbourg, car nous n'avons pas le même urbanisme, mais les structures ont les mêmes résultats sanitaires et fonctionnent de la même façon. Toutes les évaluations sont positives. Les fermer serait un recul pour la santé publique.

La démocratie, ce n'est pas trois trolls sur Twitter. (*Protestations sur les travées du groupe Les Républicains*)

Mme Sophie Primas. – Vous avez gagné, on va voter l'amendement !

M. Rémi Féraud. – Nous attendons toujours le rapport du Gouvernement.

Je me félicite de l'introduction de cet article à l'Assemblée nationale. Pérennisons ces centres. (*Applaudissements sur les travées du groupe SER ; Mme Cathy Apourceau-Poly applaudit également.*)

Mme Marion Canalès. – Ces centres s'appellent haltes soins addictions et non salles de shoot. Ils sont encadrés, contrôlés. Leur expérimentation a été évaluée puis prolongée plusieurs fois, ce qui plonge à chaque fois les personnels dans l'incertitude.

Dès 2012, des maires de toutes les couleurs politiques pointaient l'importance de la prévention des risques, dont Jean-Claude Gaudin et Alain Juppé. Mais la parole du ministère de la santé est écrasée par celle du ministère de l'intérieur.

Les HSA offrent une solution pour accompagner les toxicomanes. Elles favorisent également la tranquillité publique.

M. Bernard Jomier. – J'étais en effet adjoint chargé de la santé lors de l'ouverture de la HSA de Lariboisière. L'objectif était de réduire les risques pour les usagers et pour les riverains.

Les HSA accueillent les personnes qui ne sont pas capables d'arrêter leur consommation. Tout le travail consiste à les mener à une consommation sécurisée, puis à une sortie de la consommation. C'est un long parcours.

Toutes ces salles ont un même but : sortir la consommation de la rue, la déplacer vers un lieu avec des soignants. (*Mme Christine Lavarde ironise.*) La salle de Paris fonctionne très bien. Les évaluations sont bonnes tant en matière de santé que de tranquillité publique. Nous avons dix ans de recul.

Lorsque j'ai présenté la délibération sur la HSA de Lariboisière, j'ai souligné que cette salle ne devait pas rester la seule. La seule lâcheté au bout de dix ans est de ne pas avoir ouvert davantage de salles.

M. Ronan Dantec. – Amine Kessaci a affirmé après la mort de son frère Mehdi qu'il ne fallait pas se résoudre à la disparition des services publics. En Italie, dans les années 1970, la mafia assassinait ceux qui proposaient des parcours de sortie aux toxicomanes. Ils étaient les ennemis de la mafia. Ces salles sont clairement les ennemies des narcotrafiquants. Il faut montrer que nous sommes les plus forts. Fermer ces salles serait une lâcheté.

Mme Frédérique Puissat. – Certains propos sont très pesés, d'autres pourraient susciter des rappels au règlement.

Lors de l'examen du [rapport sur les opioïdes](#), j'avais dit que cette expérimentation marchait sur deux jambes : la santé et la sécurité. Nous avons alors deux ministres, MM. Neuder et Retailleau, qui n'avaient pas le même point de vue.

Je regrette l'absence du volet sécurité sur ce sujet. (*Protestations sur les travées du GEST*) Je voterai l'amendement de Mme Evren.

M. Alain Milon, vice-président de la commission. – Il ne s'agit pas de faire ici la campagne de Mme Dati, non plus que celle du successeur de Mme Hidalgo ! (*Mme Sophie Primas applaudit.*) Ce doit être une campagne pour les patients. Ceux qui se droguent doivent être soignés. Ces salles ont été créées par une [loi](#) dont j'étais rapporteur. En accord avec la ministre Touraine, nous avons précisé que ces salles de shoot devaient être installées en milieu hospitalier et dirigées par des spécialistes de l'addictologie,

médecins et infirmiers. Je regrette que depuis, seuls deux sites aient ouvert à Paris et Strasbourg. Les patients y sont suivis par des spécialistes qui peuvent les convaincre d'arrêter de se droguer. Je voterai contre ces amendements de suppression, sans quoi nous verrons encore des drogués se balader dans les rues. (*Applaudissements sur les travées du groupe SER et du GEST*)

Mme Agnès Evren. – J'ai distingué santé et sécurité. Les commerçants et les familles sont face à des zombies. Nous sommes favorables à une réponse sanitaire, avec des addictologues, ce qui n'est pas le cas à Paris. (*Murmures sur les travées des groupes SER et du GEST*)

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Le rapport sera bientôt remis au Parlement. Je donnerai un avis favorable à votre prochain amendement, madame Evren, sur les indicateurs. En revanche, comme M. Milon, je pense qu'il ne faut pas voter celui-ci.

Mme Marie-Claire Carrère-Gée. – Je milite pour la réduction des risques et suis donc favorable, sur le principe, aux HSA. Madame la ministre, pourriez-vous vous engager s'agissant de la HSA parisienne ? Le mot « soins » est un rideau de fumée. La HSA se trouve sur le périmètre de l'hôpital Lariboisière, mais n'a rien d'hospitalier. L'AP-HP n'a pas de service d'urgence consacré aux addictions. Pour 800 usagers de la HSA, on compte entre 0,5 et 1,5 ETP de médecin présent. L'accent mis sur l'accompagnement social est certes indispensable, mais *quid* de la prise en charge médicale ? Pourriez-vous vous engager à revoir la localisation de la HSA et à renforcer la présence médicale ?

Mme Colombe Brossel. – Je rends hommage au personnel de la HSA et de l'association Gaïa, dont le travail est remarquable.

Il est évident que les personnes qui franchissent la porte de la HSA sont très abîmées. Il faut un ensemble de compétences pour les accompagner.

Certains disent, en filigrane : oui à la HSA, mais pas dans les environs de Lariboisière, car il y a des habitants. Apprenez qu'à Paris, il n'y a aucun hôpital sans riverains ! C'est le charme d'une ville dense. Cette HSA doit perdurer.

L'amendement n°957 rectifié n'est pas adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°956 rectifié](#) de Mme Evren et *alii*.

Mme Agnès Evren. – Faisons la lumière sur le volet sécurité grâce à des indicateurs sur la délinquance, les troubles à l'ordre public et les nuisances subies par les riverains, afin d'établir un bilan rigoureux, objectif et complet.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Un tel rapport est prévu dans l'expérimentation. L'amendement ajoute une analyse qualitative sur l'intervention des forces de l'ordre notamment. J'ai compris que la ministre émettait un avis favorable. À titre personnel, je

ferai de même. La commission avait estimé que votre amendement était satisfait. (*Mme Stéphanie Rist acquiesce.*)

Mme Stéphanie Rist, ministre. – La plupart des indicateurs figurent déjà dans l'évaluation prévue. Néanmoins, avis favorable.

Mme Anne Souyris. – La sécurité est un élément important. La dernière [évaluation produite par les hospices de Lyon](#) montre que la situation s'est améliorée à Strasbourg et Paris. L'Inserm et l'Igas l'attestent également. Ce ne sont pas ces salles qui sont en cause, mais la suite du parcours.

Nous comptons 70 % d'overdoses en moins grâce à ces salles. C'est remarquable ! Ces salles sauvent des vies. Mais il faut aussi des hébergements, des soins postcure, de la réinsertion... À Strasbourg, les hébergements créés au premier étage de la HSA sont une réussite. Pourquoi pas un rapport supplémentaire pour vous rassurer...

Mme Agnès Evren. – Ce n'est pas pour moi, c'est pour les riverains !

M. Rémi Féraud. – Cet amendement ne nous dérange pas. Il ne porte que sur des précisions supplémentaires dans le rapport.

Le débat a progressé ces dernières années. Agnès Evren reconnaît l'intérêt des HSA en matière de santé publique.

Mme Agnès Evren. – À Strasbourg !

M. Rémi Féraud. – Il ne resterait donc plus que des protestations sur la localisation de la salle. J'étais maire du 10^e arrondissement : la sécurité, la tranquillité publique s'y sont améliorées.

Les équipes, exceptionnelles, doivent avoir les moyens de faire encore davantage. Arrêtons le débat politique et avançons ensemble. (*Exclamations ironiques sur les travées du groupe Les Républicains*)

Mme Marion Canaël. – Lorsque Audrey Bélim défend des amendements sur la santé publique à La Réunion, elle sait de quoi elle parle. Lorsqu'un ancien maire du 10^e arrondissement s'exprime, on peut lui faire confiance. (*Mme Frédérique Puissat en doute.*)

Je voudrais mettre fin aux fantasmes. Quand j'ai visité la salle avec l'équipe de Gaïa, j'ai été stupéfaite de voir qu'on utilisait des médicaments, dont le sulfate de morphine. Ce n'est pas simplement de l'héroïne trouvée je ne sais où. Derrière tout cela, il y a le sujet des opiacés. Certaines personnes sont devenues droguées aux opiacés à l'occasion d'un traitement contre la douleur. J'ai déposé un amendement - déclaré irrecevable - sur les traitements de substitution aux opioïdes, qui ne sont pas disponibles sur tout le territoire.

M. Bernard Jomier. – L'amendement d'Agnès Evren est satisfait. La ministre l'a sous-entendu. Des indicateurs sur la sécurité ont toujours figuré dans

l'expérimentation. Le préfet de police participait au pilotage de la salle parisienne, quand je m'en occupais.

La réduction des risques doit valoir tant pour les personnes addictées que pour les riverains. Le nombre de seringues dans la rue a été divisé par dix ou quinze. C'est spectaculaire.

Mme Carrère-Gée a soulevé une question importante : quels sont les lieux d'urgence consacrés aux addictions ? On en manque. De ce fait, certaines structures d'accueil des usagers de drogues s'en chargent, alors qu'elles ne sont pas bien équipées pour cela.

Des dizaines de milliers d'usagers de drogue sont prises en charge dans des cabinets en ville et reçoivent des traitements de substitution. Reste la partie la plus visible, la plus précarisée, qui fait l'objet d'un traitement politique trop dur.

Mme Frédérique Puissat. – Nous voterons l'amendement n°956 rectifié. Nous aurions été nombreux à voter le précédent, mais n'avons pas entendu la mise aux voix. (*Murmures ironiques sur les travées du groupe CRCE-K*)

Mme Marie-Claire Carrère-Gée. – Pourquoi ne pas réenvisager la création d'un service d'urgence addiction à Paris ? Au vu des évaluations sur le plan sanitaire et sécuritaire, vous engagez-vous à relocaliser la HSA et à renforcer la présence de médecins en son sein ?

Mme Agnès Evren. – C'est un peu fort de café d'entendre M. Féraud dire que nous sommes ici au Sénat « entre gens sérieux », juste après avoir fait campagne contre Mme Dati ! (*Murmures de protestation sur les travées du groupe SER*)

Mme Colombe Brossel. – Ça, c'est sérieux !

Mme Agnès Evren. – Notre souci est purement sanitaire. (*On ironise sur les travées du groupe SER.*) Nous disons qu'il n'y a pas assez de médecins – et vous répondez « Mme Dati » ! En fait, vous êtes obsédés parce que vous savez qu'elle va battre la gauche à Paris. (*M. Bernard Jomier en doute.*)

Mme Émilienne Poumirol. – C'est déplacé.

Mme Colombe Brossel. – L'espoir fait vivre... J'ai été adjointe à la maire de Paris chargée de la sécurité. Les comités de pilotage sur la HSA mobilisaient tous les services de police et de justice concernés. Tous les indicateurs étaient analysés, y compris celui de la tranquillité publique, avec une attention particulière portée aux riverains. Personne n'a jamais imaginé de faire l'impasse là-dessus.

Mme la présidente. – La commission peut-elle clarifier sa position ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable de la commission, mais avis favorable à titre personnel.

L'amendement n°956 rectifié est adopté.

L'article 20 sexies, modifié, est adopté.

Article 20 septies

Mme la présidente. – [Amendement n°649](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cet amendement précise que la quatrième région incluse dans l'expérimentation sera une région ultramarine.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Avis favorable.

L'amendement n°649 est adopté.

L'article 20 septies, modifié, est adopté.

Article 20 octies

Mme la présidente. – [Amendement n°89](#) de M. Henno.

M. Olivier Henno. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°650](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Suppression d'une demande de rapport.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Avis favorable.

Mme Anne Souyris. – En matière de santé mentale, il faut mettre les moyens partout, et surtout là où les besoins sont urgents. Le [rapport](#) de Sandrine Rousseau sur les urgences psychiatriques appelle à garantir une présence humaine réelle.

À cent mètres d'ici, dans un bâtiment appartenant au Sénat, fonctionne un lieu où des personnes en grande souffrance psychique trouvent une réponse humaine immédiate, sept jours sur sept et vingt-quatre heures sur vingt-quatre : le centre Garancière. Pourtant, il est question de le supprimer, sous prétexte de travaux.

Mme Marie-Claire Carrère-Gée. – C'est faux !

Mme Anne Souyris. – Comment pouvons-nous débattre tous les trois mois de cette question et laisser faire cette fermeture ?

*Les amendements identiques
n°89 et 650 sont adoptés
et l'article 20 octies est supprimé.*

Après l'article 20 octies

Mme la présidente. – [Amendement n°451 rectifié bis](#) de Mme Antoine et *alii*.

Mme Nadia Sollogoub. – Le tiers payant peut devenir chez certains professionnels un levier de fraude. Cet amendement, travaillé avec la Mutualité française et l'Uniopss (Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs

sanitaires et sociaux), renforce la lutte contre la fraude opérée par l'assurance maladie et les complémentaires : dérogation au délai maximal de remboursement dès l'ouverture d'une enquête ; suspension du tiers payant dès la notification du déconventionnement. Un décret fixera un délai de réautorisation d'un tiers payant pour les professionnels conventionnés après fraude.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1479 rectifié bis](#) de M. Longeot et *alii*.

M. Khalifé Khalifé. – Défendu.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – La présomption d'innocence et le respect du contradictoire s'opposent à ces mesures que le Sénat a déjà rejetées lors de l'examen du [projet de loi Fraudes](#). Toute fraude par un professionnel de santé est évidemment condamnable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Même si je vous rejoins sur le fond, nous avons effectivement eu ce débat lors du projet de loi Fraudes. Retrait, sinon avis défavorable.

Les amendements identiques n°s451 rectifié bis, et 1479 rectifié bis ne sont pas adoptés.

Mme la présidente. – [Amendement n°861 rectifié bis](#) de M. Grosvalet et *alii*.

Mme Véronique Guillotin. – La fraude à l'assurance maladie s'est diversifiée, certains usagers utilisant de faux documents. Nous proposons que l'assurance maladie puisse suspendre temporairement le bénéfice du tiers payant pour tout assuré condamné ou sanctionné pour fraude. C'est une proposition de la Cnam.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1480 rectifié](#) de M. Longeot et *alii*.

M. Khalifé Khalifé. – Défendu.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cette proposition du [rapport « charges et produits »](#) pour 2026 a été adoptée par le Sénat dans le cadre du projet de loi Fraudes, qui sera prochainement soumis à l'Assemblée nationale. Évitions les doublons : retrait, sinon avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Même avis.

Les amendements identiques n°s861 rectifié bis et 1480 rectifié sont retirés.

Article 20 nonies

Mme Annie Le Houerou. – Je vous alerte sur la mise en œuvre de l'article 40 de la [LFSS pour 2024](#) en ce qui concerne le remboursement des protections périodiques réutilisables par l'assurance maladie. Deux ans après, aucun texte d'application de ce dispositif attendu n'a été publié.

La précarité menstruelle touche une femme sur trois en France, une sur deux parmi les plus

modestes ; 40 % des femmes de 20 à 29 ans y ont été confrontées. Une femme dépense pour ces produits entre 8 000 et 23 000 euros à l'échelle d'une vie. Faciliter l'accès à ces protections est une mesure de protection sanitaire et d'équité. Madame la ministre, pouvez-vous nous éclairer sur les délais ?

Mme Anne Souyris. – Nous votons des lois et, deux ans plus tard, il ne se passe rien ! Cette mesure permettait pourtant de lutter à la fois contre les inégalités de genre et la précarité. Quand la mettrez-vous en œuvre ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Je suis attachée à la publication des décrets d'application. En tant que parlementaire, j'ai été très vigilante à l'application de mes propositions de lois – ce qui m'a valu une certaine réputation dans les services... (*Sourires*) Ces décrets sont presque prêts.

Mme la présidente. – [Amendement n°91](#) de M. Henno.

M. Olivier Henno. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°651](#) de Mme Imbert au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Suppression d'une demande de rapport.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1776 rectifié](#) de M. Bonneau et *alii*.

Mme Jocelyne Guidez. – Défendu.

Les amendements identiques n°s91, 651 et 1776 rectifié, acceptés par la commission et le Gouvernement, sont adoptés et l'article 20 nonies est supprimé.

L'[amendement n°782 rectifié bis](#) n'a plus objet.

Article 20 decies

Mme la présidente. – [Amendement n°652](#) Mme Imbert au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Suppression d'une demande de rapport.

L'[amendement n°652](#), accepté par le Gouvernement, est adopté et l'article 20 decies est supprimé.

Article 20 undecies

Mme la présidente. – [Amendement n°93](#) de M. Henno.

M. Olivier Henno. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°653](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Suppression d'une demande de rapport.

Les amendements identiques n^{os}93 et 653, acceptés par le Gouvernement, sont adoptés et l'article 20 undecies est supprimé.

Article 20 duodecies

Mme la présidente. – [Amendement n°94](#) de M. Henno.

M. Olivier Henno. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°654](#) Mme Imbert au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Suppression d'une demande de rapport.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Avis favorable.

Mme Marion Canaless. – Nous connaissons la position du Sénat sur les demandes de rapport, mais il s'agit ici d'un sujet brûlant : la santé au sein de la protection de l'enfance. Nous étions nombreux à l'inauguration du premier centre d'appui, en présence de Mmes Vautrin et Gréco.

J'avais déposé un amendement, déclaré irrecevable au titre de l'article 40, sur le parcours de soins et les soins psychiques de ces enfants. Un autre s'interrogeait sur l'éventualité de missions de suivi assurées par des infirmières puéricultrices diplômées pour les enfants de l'aide sociale à l'enfance. Tout cela aurait mérité un coup de projecteur.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Vous avez raison, c'est un sujet majeur. L'état des lieux demandé par l'amendement a été fait.

J'ai ainsi pu annoncer la généralisation des parcours de soins coordonnés dès le début d'année 2026, avec un bilan de santé, un forfait de coordination et un accès effectif et financé à des soins, puisque nous savons que ces enfants sont beaucoup plus malades que les autres.

Les amendements identiques n^{os}94 et 654 sont adoptés et l'article 20 duodecies est supprimé.

Article 21

M. Simon Uzenat. – Sur cet article qui traite de l'enjeu important des soins non programmés, nous avons été nombreux à déposer des amendements pour réguler l'installation des médecins, malheureusement écartés en application de l'article 45.

Les mesures prises par les gouvernements successifs ne sont pas à la hauteur des enjeux : 6,4 millions de Français sont sans médecin traitant. Le volontariat, les cabinets secondaires proposés par le précédent gouvernement semblent cosmétiques aux yeux des élus locaux et des patients. Dans les zones rouges comme Roi Morvan Communauté, dans le Morbihan, où l'on cumule toutes les difficultés, un

médecin qui vient deux jours par mois, cela ne suffit pas.

La [proposition de loi](#) votée par le Sénat n'allait pas au bout de la logique pour les généralistes, à la différence du [texte](#) issu de l'Assemblée nationale. Le Gouvernement prévoit-il d'inscrire ce dernier à notre ordre du jour ?

Mme la présidente. – [Amendement rectifié n°655](#) de Mme Imbert au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cet amendement introduit une mesure adoptée par le Sénat en mai 2025 lors de l'examen de la [proposition de loi Mouiller](#) : la modulation des rémunérations versées aux médecins exerçant dans les zones sous-denses. Négociée dans le cadre du dialogue conventionnel avec l'assurance maladie, cette mesure serait complémentaire du contrat de praticien territorial en médecine ambulatoire (PTMA) réservé aux jeunes médecins, que propose le Gouvernement.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Avis favorable : c'est effectivement complémentaire.

L'amendement n°655 rectifié est adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°1824](#) de Mme Imbert au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement rédactionnel n°1824, accepté par le Gouvernement, est adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°1581 rectifié bis](#) de M. Jomier et du groupe SER.

M. Bernard Jomier. – Le mode de rémunération des docteurs juniors a été longuement débattu cet été. Il n'est pas pertinent de le fixer dans la loi comme le fait cet article, qui prévoit une perception des honoraires par le CHU.

Les docteurs juniors sont un dispositif précieux. À partir de novembre 2026, ils ajouteront des généralistes dans chaque département. Il ne faut pas se rater !

Nous prenons pourtant beaucoup de retard, notamment sur les conditions d'hébergement ; sur plus de 10 000 maîtres de stage universitaire (MSU) potentiels, seuls quelques centaines sont volontaires, du fait des incertitudes. C'est par l'accord de tous que nous réussissons.

J'avais aussi proposé un statut mixte pour les PTMA, demande des jeunes médecins, mais mon amendement a été jugé irrecevable.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis favorable. La rémunération des docteurs juniors est, par principe, assurée par le CHU de rattachement. Nous avons une obligation collective de réussite à l'égard de cette réforme qui permettra l'arrivée de ces docteurs juniors en novembre 2026 – donc très

bientôt. En audition, les étudiants de troisième cycle se sont montrés inquiets. Attention à ne pas dégrader l'attractivité de la médecine générale.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Cette réforme est très importante. Ces 3 700 docteurs juniors arrivant dans nos territoires en novembre 2026 représenteront un véritable souffle pour nos territoires.

Je comprends votre amendement, qui traduit l'inquiétude des étudiants en médecine. Je n'ai pas eu l'occasion de l'expliquer devant votre commission, mais il y a un consensus entre tous les acteurs représentés au sein d'un comité qui se réunit tous les quinze jours. Nous aurons des MSU en nombre suffisant, dès lors le consensus est fixé. Mais on est au mot, à la virgule près.

Si votre amendement était adopté, il entraînerait la fin de la quatrième année. Retrait ?

Mme Émilienne Poumirol. – Nous voulons tous la réussite du docteur junior, pour une meilleure qualification des médecins et plus de soins sur nos territoires. J'insiste sur l'exercice mixte ville-hôpital, plébiscité par les étudiants. Ces derniers étaient catastrophés par la rémunération prévue dans le premier projet. Ils le sont un peu moins désormais, mais sont inquiets au sujet de l'encaissement. Nous manquons de MSU volontaires : c'est inquiétant.

L'amendement n°1581 rectifié bis est adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°1860](#) du Gouvernement.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Cet amendement permet la rémunération de tous les médecins, notamment des retraités, qui assurent la permanence des soins ambulatoires et du service d'accès aux soins.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cet amendement n'a pas été examiné par la commission. À titre personnel, avis favorable.

L'amendement n°1860 est adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°1853](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cet amendement étend l'expérimentation des antennes de pharmacie sur l'ensemble du territoire national. Le cahier des charges national est jugé trop restrictif – deux antennes pour chacune des six régions.

Mme la présidente. – [Sous-amendement n°1866 rectifié](#) de Mme Berthet et *alii*.

Mme Martine Berthet. – Dans les territoires de montagne, certaines communes s'étendent sur plusieurs versants, avec des contraintes de dénivelé, notamment lorsque la pharmacie est sur le versant d'en face. Étendons l'expérimentation des antennes de pharmacie aux zones de montagne, tout en respectant

l'objectif de la rapporteure d'une seule antenne par officine.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis favorable au sous-amendement n°1866 rectifié.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Avis favorable à l'amendement n°1853 ; retrait du sous-amendement n°1866 rectifié, inutile si nous étendons les antennes partout.

Le sous-amendement n°1866 rectifié est adopté.

L'amendement n°1853, sous-amendé, est adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°362 rectifié bis](#) de M. Henno et *alii*.

M. Olivier Henno. – Nous ne voulons pas remettre en cause la pertinence des centres de soins non programmés (CSNP), qui désengorgent les urgences, mais nous nous interrogeons sur leur place et leur avenir dans la chaîne sanitaire. Faut-il une régulation de ces centres, et comment l'organiser ?

Mme la présidente. – [Amendement identique n°370 rectifié bis](#) de Mme Romagny et *alii*.

Mme Anne-Sophie Romagny. – Défendu. Nous ne voulons pas fermer le robinet, mais travailler à une meilleure coordination avec les autres acteurs de santé.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1280 rectifié bis](#) de M. Chasseing et *alii*.

M. Daniel Chasseing. – Les ARS doivent fixer des objectifs aux CNSP, lesquels doivent être intégrés dans les services d'accès aux soins (SAS) et à la permanence d'accès aux soins ambulatoires (PDSA). Cela implique les pharmaciens, qui délivrent certains médicaments et orientent les patients.

Les CPTS doivent être transformés en France Santé. Or je n'ai pas vu dans ce dispositif la prise en charge des soins non programmés. Il faut une coordination entre les différentes structures pour qu'un médecin de garde assure les urgences. Les CPTS doivent respecter les bassins de vie.

Il faut une rémunération simple et efficace des docteurs juniors, très attendus dans les communes.

Mme la présidente. – [Amendement n° 567](#) de M. Khalifé.

M. Khalifé Khalifé. – Mon amendement, à contre-courant, supprime la création des CNSP pour éviter une superposition inutile des maisons de santé, centres de santé, SAS, SOS Médecins et autres.

Je crains que ces structures ne soient la proie de sociétés financières trouvant là un moyen facile de recruter des jeunes médecins qui manqueront aux services d'urgence ou à la médecine de ville, et qui ne seront ouvertes que de 9 heures à 17 heures, sans permanence le soir et aux heures d'affluence.

Nous avons plus besoin de médecins traitants que d'intermittents qui désorganisent le parcours encore davantage.

Mme la présidente. – [Amendement n°657](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Lors de l'examen du [PLFSS pour 2025](#), le Sénat a adopté un article encadrant les structures de soins non programmés, censuré par le Conseil constitutionnel au motif d'un effet trop indirect sur les dépenses d'assurance maladie. Le Gouvernement a apporté des précisions financières évitant ce problème.

Nous reprenons cette rédaction avec quelques enrichissements : la consultation des représentants du secteur, la référence aux statuts sous lesquels peut être constituée une structure de soins non programmés, l'engagement des professionnels de santé à participer au SAS et la PDSA. Enfin, nous supprimons les gages financiers, devenus inutiles.

Mme la présidente. – [Amendement n°1616](#) de Mme Poumirol.

Mme Émilienne Poumirol. – Les services de soins non programmés ont une certaine utilité, mais nous dénonçons une dérive marchande, illustrée par l'ouverture de centres par de grands groupes privés à but lucratif, qui ne reçoivent que les pathologies les plus rentables et laissent à l'hôpital les cas les plus lourds.

La directrice des urgences du CHU de Toulouse m'a ainsi alertée sur la perte de 25 urgentistes en très peu de temps !

Il faut donc un agrément de l'ARS, pour que ces centres répondent à des besoins territoriaux et non pas seulement aux profits des fonds de pensions...

Mme la présidente. – [Amendement n°462 rectifié](#) de M. Milon et *alii*.

Mme Florence Lassarade. – Cet amendement vise à garantir la qualité des soins non programmés et préserver la diversité des acteurs pouvant gérer ces structures. Certains, comme à Langon, en Gironde, sont adossés à un établissement hospitalier, ce qui garantit l'accès à un plateau technique complet et favorise la coordination des parcours de soins. Nous sécurisons juridiquement la diversité des modèles existants.

Mme la présidente. – [Amendement n°1619](#) de Mme Poumirol.

Mme Émilienne Poumirol. – En cas d'orientation d'un patient vers une autre structure, les CNSP doivent l'informer sur les éventuels dépassements d'honoraires. Ceux-ci atteignaient 3,5 milliards d'euros par an en 2021 !

Mme la présidente. – [Amendement n°1660](#) de Mme Le Houerou et du groupe SER.

Mme Annie Le Houerou. – Il faut encadrer les CSNP, qui ne participent pas au SAS. Il faut une coordination efficace entre professionnels de santé. Les ARS pourraient en être chargées.

Mme la présidente. – [Amendement n°1602](#) de Mme Souyris et *alii*.

Mme Anne Souyris. – Les amendements n°1602 et 1794 visent à lutter contre la financiarisation des structures de soins, qui prospèrent au fur et à mesure de la progression des déserts médicaux. Si les différents gouvernements avaient agi à temps, ces structures n'existeraient même pas.

L'amendement n°1602 réserve le statut de structure de soins non programmés aux structures publiques ou privées à but non lucratif. Prescrire un antibiotique en dix minutes un week-end est plus lucratif que suivre sur le long terme une personne âgée par des consultations d'une demi-heure minimum. En outre, cela évite d'être harcelé par la CPAM pour avoir donné trop d'arrêts de travail ou sanctionné pour ne pas avoir entré les données dans le dossier médical partagé...

Mme la présidente. – [Amendement n°1794](#) de Mme Souyris et *alii*.

Mme Anne Souyris. – Cet amendement soutient les centres de santé publics et solidaires et met en place un régime d'autorisation pour les nouvelles structures.

Mme la présidente. – [Amendement n°1335 rectifié bis](#) de M. Bilhac et *alii*.

*L'amendement n°1335 rectifié bis
n'est pas défendu.*

Mme la présidente. – [Amendement n°1649](#) de Mme Le Houerou et du groupe SER.

Mme Corinne Féret. – Les structures participant à la PDSA ne peuvent pas facturer de dépassements d'honoraires en raison de leur mission de service public ; mais un flou subsiste pour les structures privées, ce qui crée une rupture d'égalité et va à l'encontre même de la PDSA. Cet amendement ne crée aucune contrainte nouvelle pour les professionnels engagés dans la PDSA, mais interdit clairement les dépassements d'honoraires.

Mme la présidente. – [Amendement n°1395](#) de Mme Souyris et *alii*.

Mme Anne Souyris. – Nous précisons que les structures de soins non programmés ne sont pas autorisées à facturer des dépassements d'honoraires, pour un meilleur accès aux soins.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Plusieurs amendements fixent des objectifs quantitatifs par territoire pour limiter le nombre d'implantations. Avis défavorable, car il faut tenir compte de la spécificité des structures. On se plaint suffisamment de la désertification médicale pour risquer ainsi de décourager les bonnes volontés.

L'enjeu, ce sont aussi les conditions d'exercice de l'activité médicale : cela sera encadré par le cahier des charges du ministère de la santé après consultation des représentants du secteur.

Avis défavorable aux amendements n°362 rectifié *bis*, 370 rectifié *bis* et 1280 rectifié *bis* qui prévoient des objectifs quantitatifs. Retrait, sinon avis défavorable à l'amendement n°567. Avis défavorable à l'amendement n°1616, en raison de la diversité des structures concernées. Retrait, sinon avis défavorable à l'amendement n°462 rectifié, satisfait par l'amendement de la commission.

Sur l'amendement n°1619, il faut certes plus de transparence et je ne suis pas favorable aux dépassements d'honoraires, mais ne faisons pas peser la charge d'une réorientation sur les professionnels. Retrait, sinon avis défavorable. Avis défavorable à l'amendement n°1660.

Sur l'amendement n°1602, le secteur privé lucratif peut assurer des missions de services. Ne les excluons pas par principe, même si je me méfie de la financiarisation. Le cahier des charges y pourvoira. Ces structures devront aussi participer à la permanence des soins. Avis défavorable, ainsi qu'aux amendements n°1794, 1649 et 1395.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Nous voulons remettre de l'ordre dans ces structures, instaurer un cadre vertueux. Ne rigidifions pas, laissons de la souplesse.

Avis défavorable aux amendements n°362 rectifié *bis*, 370 rectifié *bis* et 1280 rectifié *bis*, car ils créent justement une trop grande rigidité.

À l'inverse, l'amendement n°567 implique moins de contraintes ; je pense qu'il faut remettre de l'ordre. Avis défavorable.

Concernant l'amendement n°657, énumérer toutes les structures possibles n'est pas indispensable. Néanmoins, sagesse.

Sur l'amendement n°1616, nous sommes d'accord sur le fond. Vous proposez un agrément obligatoire, nous préférons un cahier des charges plus souple. Avis défavorable.

L'amendement n°462 rectifié est satisfait. Retrait, sinon avis défavorable.

La mise en œuvre des mesures de l'amendement n°1619 est trop complexe. Avis défavorable.

Sur l'amendement n°1660, avis défavorable, de même que pour l'amendement n°1602.

Concernant l'amendement n°1794, vous proposez que seules ces structures proposent des soins non programmés ; or des maisons médicales, par exemple, assurent de tels soins. Avis défavorable.

Avis défavorable aux amendements n°1649 et 1395.

Les amendements identiques n°362 rectifié bis, 370 rectifié bis et 1280 rectifié bis ne sont pas adoptés.

M. Khalifé Khalifé. – Je ne retirerai pas l'amendement n°567 car je suis convaincu des méfaits de la création de nouveaux centres. Labellisons ceux qui existent. Le cahier des charges prévu serait analysé à 300 km, au sein des ARS, bien loin des réalités du terrain.

L'amendement n°567 est adopté.

Les amendements n°657, 1616, 462 rectifié, 1619, 1660, 1602, 1794, 1649 et 1395 n'ont plus d'objet.

Mme la présidente. – [Amendement n°1002 rectifié](#) de M. Delcros et *alii*.

Mme Nadia Sollogoub. – Cet amendement facilite la création de nouvelles d'officines de pharmacie dans les communes situées en zone France Ruralités Revitalisation (FRR). Nous abaïssons le seuil d'autorisation de 2 500 à 1 000 habitants.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Mon amendement sur les antennes de pharmacie répond à vos préoccupations. Je propose également de pérenniser en droit la notion d'antenne.

Les officines sont confrontées à un manque d'attractivité, ce qui compromet leur équilibre économique. Il faut soutenir le maillage existant. Ma solution me semble plus adaptée.

Avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Je comprends l'intention, mais si ces antennes se multipliaient, le maillage territorial en serait déstabilisé. Conservons le seuil de 2 500 habitants. Retrait.

Mme Nadia Sollogoub. – Nous connaissons les difficultés des officines, dont certaines ont un modèle fragile. Il ne s'agit pas d'encourager la création d'officines dans des zones où elles ne seraient pas viables, mais de laisser la possibilité d'en créer, pour répondre à des situations particulières.

À Fours, dans la Nièvre, commune de 1 000 habitants, le maire, qui est infirmier, a réussi à faire revenir quatre médecins. Il y aura bientôt une crèche et une maison de retraite. Mais impossible de rouvrir la pharmacie !

M. Cédric Vial. – L'interdiction d'installer une pharmacie dans une commune de moins de 2 500 habitants date du maréchal Pétain. Or près de 32 500 communes comptent désormais moins de 2 500 habitants.

Une [ordonnance de 2018](#) prévoyait des assouplissements, mais nous avons attendu plus de sept ans les décrets d'application – qui se révèlent inopérants. Un assouplissement est nécessaire pour des situations particulières.

Nous avons débattu de ce sujet à la faveur de ma [proposition de loi](#) de 2022, [reprise en 2024 par le RDSE](#), puis adoptée par notre assemblée. Elle défendait une approche par bassin de vie de 3 500 habitants, et non par commune.

La mesure proposée n'est pas efficace, mais il faut traiter la question.

M. Jean-Luc Fichet. – Ce seuil est à manipuler avec précaution. Dans des territoires dépourvus de médecins, les pharmacies ne peuvent survivre : 60 % de leur chiffre d'affaires est lié aux ordonnances, 40 % à la parapharmacie.

Les antennes de pharmacie semblent être une solution, mais qui les financent ? La santé est une compétence régalienne. On veut installer des docteurs juniors dans les zones en manque de médecins, on demande aux collectivités de mettre des locaux à disposition - or elles n'ont souvent pas les moyens de réaliser de tels investissements. Les maîtres de stage des universités font défaut, de même que les locaux. Restons prudents.

Mme Brigitte Bourguignon. – Je voterai pour l'amendement de M. Delcros, même si je présente un amendement de repli qui est soutenu par la commission.

Une antenne de pharmacie n'a pas pu être créée dans une commune de 2 500 habitants parce qu'il existait une pharmacie à 8 kilomètres de là. C'est très difficile à entendre pour son maire, qui a monté une maison de santé à proximité. Les recours de l'Ordre des pharmaciens viennent annuler tous les projets. Il faudrait assouplir les règles d'installation.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – N'allons pas remettre en cause l'équilibre du maillage officinal à la faveur d'un amendement dominical. Les officines semblent devenir un argument politique, à l'approche des élections municipales... (*Protestations à gauche*)

Une petite officine, cela signifie un petit chiffre d'affaires, et pas d'adjoint pour pouvoir prendre des congés. Or les jeunes pharmaciens sont soucieux de leur qualité de vie, ils ne sont plus corvéables à merci. Ce sujet mérite une concertation avec les représentants de la profession.

Sur la création des officines, l'avis de l'Ordre n'est que consultatif. L'ARS rend parfois un avis contraire.

M. Martin Lévrier. – Supprimons les amendements dominicaux ! (*Sourires*)

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – C'est aussi une question d'aménagement du territoire ; nous avons perdu 5 000 officines. Je rappelle que la loi permet l'installation d'une officine dans une commune de moins de 2 500 habitants par voie de transfert.

Mme Martine Berthet. – En effet, il est possible de transférer une licence. Le maillage des officines a fait ses preuves. Au regard de leurs difficultés, tenons-

nous en aux dispositions existantes. Mieux vaut généraliser le système des antennes.

M. Bernard Jomier. – La fragilisation du tissu des officines est indéniable. Mais s'il n'y a plus d'officine, il faut d'abord analyser les raisons, et éviter de fragiliser le tissu environnant.

Tenons-nous en aux dispositions existantes : ne modifions pas la règle relative à la création des officines et misons plutôt sur les antennes.

M. Daniel Chasseing. – J'irai également dans ce sens. Dans mon département, deux pharmacies ont transféré leur licence à des pharmacies proches. Résultat, une zone de 25 kilomètres sans pharmacie. Nous pourrions imaginer que ceux qui rachètent une licence soient obligés de conserver une antenne.

M. Laurent Somon. – Cette volonté de multiplication des pharmacies m'inquiète. Les maisons médicales et les pharmacies ne doivent pas devenir des enjeux électoraux. Ce sont des éléments d'aménagement du territoire très importants, que les départements et l'ARS devraient piloter.

Dans les plus petites communes rurales, il existe des petits commerces, mais aussi des supermarchés, investis par des grands groupes. En fragilisant le modèle des officines de pharmacie, nous risquons de l'ouvrir à la financiarisation. La grande distribution pourrait être attirée, pour des raisons qui n'ont rien à voir avec la santé publique.

Mme Céline Brulin. – Laissons cet amendement poursuivre son chemin dans le cadre de la navette.

Le seuil de 2 500 habitants peut être interrogé, comme tous les seuils - en témoigne celui qui avait été fixé pour constituer des communautés de communes, qui a abouti à des communautés de communes privées de bassins de vie... Attention à ces chiffres abrupts !

Quel est le modèle économique des pharmacies d'officines ? Si une pharmacie sans médecin n'a pas de sens, le pharmacien reste parfois le seul professionnel de santé auquel on peut s'adresser.

Madame la ministre, laissons cet amendement poursuivre son parcours, débattons des missions des pharmacies d'officine, réévaluons notamment certains forfaits. Nous sommes à l'aube de profonds changements.

M. Khalifé Khalifé. – Je souhaite vous parler des quotas. En Alsace-Moselle, le seuil est à 3 500 habitants, et non 2 500. Lors de la crise sanitaire, nous avons constaté qu'aucune pharmacie, sauf une, n'était en difficulté. Le seuil de 3 500 habitants paraît donc adapté, et je suis favorable au système des antennes.

À la demande de la commission, l'amendement n°1002 rectifié est mis aux voix par scrutin public.

Mme la présidente. – Voici le résultat du scrutin n°50 :

Nombre de votants.....	342
Nombre de suffrages exprimés.....	340
Pour l'adoption.....	111
Contre.....	229

L'amendement n°1002 rectifié n'est pas adopté.

La séance, suspendue à 17 heures, reprend à 17 h 10.

Mme la présidente. – [Amendement n°1191](#) de Mmes Brulin et du groupe CRCE-K.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Les mesures prises pour améliorer l'accès aux soins sont largement insuffisantes. Renforçons l'article 21 en conditionnant l'installation dans les zones à forte densité médicale au départ d'un médecin. Les difficultés d'accès aux soins ont augmenté de 9 % en un an : 84 % des Français ont des difficultés à obtenir rapidement un rendez-vous chez un spécialiste, 41 % chez un généraliste.

Pas moins de 87 % de la population vit dans un désert médical. Sortons du dogme de la liberté d'installation, qui a participé aux difficultés d'accès aux soins, avec le *numerus clausus* et la casse de l'hôpital public.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1390](#) de Mme Souyris et alii.

Mme Anne Souyris. – Nous proposons d'instaurer un conventionnement sélectif à l'installation dans les zones à forte densité médicale. Il s'agit de limiter la poursuite de la concentration de l'offre de soins, pour une plus juste répartition territoriale.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cette mesure s'inspire d'une disposition de la [proposition de loi Mouiller](#), mais ne prévoit aucun mécanisme dérogatoire quand le médecin qui projette de s'installer dans une zone surdense s'engage à exercer dans une zone sous-dense. Nous pouvons espérer que la proposition de loi Mouiller aboutisse, la procédure accélérée étant engagée.

Cet amendement risquerait d'être censuré par le Conseil constitutionnel, car son objet ne relève pas du champ d'un PLFSS.

Avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Avis très défavorable. La liberté d'installation, c'est l'opposé d'un dogme. On ne peut répondre à la pénurie par la régulation. C'est mathématique ! Si nous avions beaucoup de médecins, je n'aurais aucune objection. Mais tel n'est pas le cas, la pénurie touche 90 % du territoire.

M. Simon Uzenat. – Madame la ministre, vos positions rejoignent celles de la majorité sénatoriale. Nous considérons, nous, que c'est lorsqu'il y a une pénurie qu'il faut réguler, pour limiter les inégalités.

Nos concitoyens sont abandonnés par les médecins, qui sont pourtant rémunérés par de l'argent public. À écouter la ministre, il faudrait abandonner toute forme de régulation pour tous les autres professionnels de santé. Or nous assistons à une montée en puissance de la régulation. Il n'y a pas de raison que les médecins y échappent.

On voit bien que les mesures incitatives, très coûteuses, ne fonctionnent pas !

La puissance publique doit envoyer un message clair. On ne peut se contenter de cabinets secondaires, où des médecins, qui changent tous les quatre matins, viendraient exercer deux jours par mois

Il n'y a pas de formule magique, le chemin est long, mais nous assumons cette régulation de l'installation, dans un format qui reste relativement souple.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – En premier lieu, chacun a besoin d'un médecin généraliste traitant. Contrairement à un enseignant, un jeune médecin que l'on contraint à s'installer là où il ne veut pas aller peut toujours choisir d'autres formes d'exercice : poste en établissement de santé, médecine du travail, voire exercice à l'étranger.

Deuxièmement, en raison du *numerus clausus*, le nombre d'offices diminue. La régulation ne fonctionne pas quand la démographie est insuffisante.

Vous n'envoyez pas un message de vérité. Je peux comprendre votre idée, mais vous allez aggraver la situation.

M. Jean-Luc Fichet. – Nous venons de voter pour le maintien de la régulation des pharmacies dans les communes de plus de 2 500 habitants. Je suis aussi pour la régulation de l'installation des médecins.

Écoutons les collectivités territoriales sur le sujet. Depuis 2009, on a accumulé vingt-cinq dispositifs d'incitation. Ce sont des sommes massives, récemment [décrites par la Cour des comptes](#) lors d'une [audition devant la commission des affaires sociales](#).

Nous proposons un premier moyen, le déconventionnement.

J'habite en zone rurale, je sais ce que c'est que d'avoir du mal à trouver un médecin. Il est faux de dire que 90 % du territoire est un désert médical. À Paris, on trouve un spécialiste en 24 heures ! (*Mme Stéphanie Rist en convient.*)

Mme Céline Brulin. – Il y a effectivement un problème démographique, c'est pourquoi nous plaçons pour un effort de formation accru. Les médecins ne travaillent plus autant que leurs prédécesseurs, il en faut donc davantage.

Mais même lorsqu'il y a plus de médecins formés, ils s'installent dans les zones où les médecins sont déjà nombreux. Il y a donc bien un problème de régulation. Nous ne voyons pas d'autre réponse.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Cela vient après...

Mme Céline Brulin. – Non, je n'en vois pas ! Ce que vous proposez, c'est du grand bricolage. Les ministres de la santé qui se succèdent y vont tous de leur dispositif, dispositifs qui s'empilent sans cesse.

Quelques communautés de communes bénéficieront de la venue de médecins solidaires, mais tous les autres territoires sont en colère !

M. Bernard Jomier. – Je n'ai pas d'opposition philosophique à l'obligation ou à la régulation - mais cela ne marchera pas. Les jeunes médecins ne sont pas des poissons rouges que l'on transfère d'un aquarium à un autre.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Exactement.

M. Bernard Jomier. – Il est tellement simple d'échapper aux obligations. Il n'y a aucune chance qu'elles soient efficaces.

Consultez les atlas : il est faux de dire que les professions régulées sont les mieux réparties sur le territoire. Pour les infirmières, la répartition est très hétérogène. Mais cela ne se voit pas parce qu'il y en a beaucoup – en effet, nous avons beaucoup formé.

Quand les gens ne veulent pas, ils ne veulent pas. Nous l'avons vu en Algérie dans les années 1960 : aucun médecin n'est parti dans le Sud.

Quarante jeunes médecins doivent arriver dans chaque département en 2026 : ne ratons pas cette chance !

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Le *numerus clausus* a effectivement eu des conséquences très négatives. Mais le Pass-LAS (Parcours d'accès spécifique santé – Licence accès santé) ne vaut guère mieux...

On n'a jamais essayé la régulation : comment dire qu'elle ne fonctionnera pas ? La preuve du pudding, c'est qu'on le mange. Essayons, pendant un an ou deux. Si cela ne fonctionne pas, nous ferons le bilan. (*Mme Élisabeth Doineau proteste.*)

Quand je cherche sur Doctolib un médecin dans le 6^e arrondissement, je trouve un rendez-vous pour le lendemain. Mais en ruralité, il faut attendre une semaine, voire quinze jours. Chez moi, à Avion, dans le Pas-de-Calais – et ce n'est pas une petite ville –, on n'a plus de médecin traitant !

M. Daniel Chasseing. – Non, ce n'est pas parce que nous n'avons pas essayé qu'il faut le faire. En Corrèze, nous n'aurons pas quarante, mais seize médecins juniors... c'est déjà pas mal ! Les docteurs juniors sont une bonne solution, un grand pas sera déjà franchi en novembre 2026. Voyons déjà comment les choses se passent.

M. Alain Milon, vice-président de la commission. – On n'a jamais essayé, alors essayons ? Prudence avec cette formule, qui peut être dangereuse

politiquement... (*Assentiment sur de nombreuses travées*)

J'en reviens à la démographie médicale. Lorsque le *numerus clausus* commence à s'appliquer avec Simone Veil, en 1971, il y a 7 500 médecins. Sa deuxième application, avec Jack Ralite, conduit à 3 500 médecins jusqu'au milieu des années 1990. C'est à partir de Lionel Jospin, puis Jean-Pierre Raffarin qu'on recommence à former davantage de médecins.

Je me souviens que, sous François Hollande, la ministre nous expliquait qu'il n'y avait jamais eu autant de médecins en France... Bref, ce problème remonte à loin. Je salue Agnès Buzyn, qui a réagi en supprimant le *numerus clausus*.

M. Martin Lévrier. – Très bien !

M. Alain Milon, vice-président de la commission. – J'en suis désolé pour ceux qui, contrairement à nous, ne l'apprécient pas, mais l'arrivée de 3 700 médecins l'année prochaine 2026, vient d'une [proposition de loi de Bruno Retailleau](#), reprise ensuite dans un autre texte.

Mme Sophie Primas. – Eh oui !

M. Alain Milon, vice-président de la commission. – Mentionnons aussi la [proposition de loi de M. Mouiller](#), qui prévoit l'analyse des besoins des territoires.

Désormais, les médecins, où qu'ils s'installent, doivent donner un peu de leur temps au profit des déserts médicaux ; nous y avons travaillé des années durant.

Reste qu'il faut beaucoup de temps pour former un médecin. Mais, pour ma part, je n'aurais pas confiance en un toubib qui aurait été formé en deux ou trois ans...

M. Martin Lévrier. – On n'a jamais essayé ! (*Sourires*)

M. Alain Milon, vice-président de la commission. – Dès novembre 2026, grâce à la proposition de loi Retailleau, 3 700 nouveaux jeunes médecins arriveront tous les ans : l'accès aux soins commencera à s'améliorer. (*Applaudissements à droite*)

Mme Stéphanie Rist, ministre. – J'ai ouvert le chantier de l'amélioration de la première année d'études médicales ; tout le monde convient que des améliorations doivent être apportées à la manière dont la loi est appliquée. Dès la rentrée 2027, cette première année sera homogénéisée et les étudiants, mieux encadrés et orientés.

Les étudiants en santé, particulièrement en médecine, ne vont pas bien : ils ont deux fois plus de risques que les autres de se suicider ou de prendre des anxiolytiques. Notre responsabilité collective est d'être derrière eux et de les écouter. Ils ont peu d'*a priori* au démarrage et font des propositions contre la désertification.

À la suite de mes prédécesseurs – je suis la septième ou huitième ministre en deux ans, ce qui porte à l'humilité –, je travaillerai, avec les collectivités, à faire mieux connaître les territoires et les possibilités de s'y installer. Les 3 700 docteurs juniors seront bien accueillis et certains resteront sur place.

Soutenir les jeunes sera plus efficace que de leur adresser un message de contrainte, au demeurant inutile puisqu'ils ont la possibilité de faire autre chose.

Les amendements identiques n^{os}1191 et 1390 ne sont pas adoptés.

Mme la présidente. – [Amendement n°1373 rectifié](#) de Mme Berthet et *alii*.

L'amendement n°1373 rectifié est retiré.

Mme la présidente. – [Amendement n°656 rectifié](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Nous voulons autoriser l'ouverture d'antennes de pharmacie dans la limite d'une antenne par officine plutôt que l'ouverture de nouvelles officines. Cette solution préserve la structure et la solidité du réseau officinal et protège le secteur de la financiarisation. Ces dispositions s'appliqueraient à partir du 1^{er} juillet 2027, à la fin de l'expérimentation des antennes, que j'espère concluante.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°757 rectifié bis](#) de Mme Bourguignon et *alii*.

Mme Brigitte Bourguignon. – Dans nos villages, la priorité n'est pas forcément de créer des officines, mais plutôt de ne pas perdre la dernière présence pharmaceutique qui existe... Reste que, là où une officine classique risquerait de fermer faute de viabilité, une antenne peut être la solution : un comptoir, un pharmacien référent et un modèle économique solide. Cet amendement ne complique rien : il précise et sécurise l'article.

Mme la présidente. – [Sous-amendement n°832 rectifié ter](#) de Mme Guillotin et *alii*.

Mme Véronique Guillotin. – Il faut garder les deux possibilités : créer une antenne ou une pharmacie. C'est le sens de la [proposition de loi](#) de Maryse Carrère, adoptée par notre assemblée.

Mme la présidente. – [Amendement n°852 rectifié sexies](#) de M. Lévrier et *alii*.

M. Martin Lévrier. – C'est le même objet que le sous-amendement : dans les communes de moins de 2 500 habitants, une officine doit pouvoir être remplacée soit par une antenne, soit par une autre officine. Il serait dommage de ne prévoir que la première possibilité.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable au sous-amendement n°832 rectifié *ter* ainsi qu'à l'amendement n°852 rectifié *sexies*. Nous privilégions le remplacement par des antennes.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Je suis très favorable aux antennes, mais préfère conserver les deux options. Dans certains cas, la création d'une officine peut être la solution. Je suis donc favorable aux amendements identiques, sous réserve qu'ils soient sous-amendés.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Le dispositif des antennes me semble le meilleur pour assurer l'accès aux médicaments dans les communes de moins de 2 500 habitants qui ont perdu leur officine. On en revient à la question de M. Jomier : pourquoi n'avons-nous plus d'officines dans ces communes ? Certaines sont aujourd'hui en vente pour un euro symbolique et ne trouvent pas preneur... Ouvrir une officine non viable conduira à sa fermeture, son rachat et son transfert : le territoire n'y aura rien gagné. À l'inverse, une antenne assurera la pérennité de l'accès aux médicaments.

M. Cédric Vial. – Dans la ruralité, il existe des territoires très vastes sans commune de 2 500 habitants : une offre doit pouvoir aussi y exister. Pour conserver le maillage territorial, il faut qu'une pharmacie puisse s'y réinstaller, à certaines conditions. En outre, le système est complexe car le nombre de cartes Vitale est une donnée protégée, que le demandeur ne connaît pas forcément. Je suis donc plutôt favorable au sous-amendement de Mme Guillotin. Les antennes ne peuvent être l'unique solution. On pourrait en rester à l'amendement de la rapporteure si la ministre nous assurait que les implantations par transfert resteront possibles – aujourd'hui, les ARS et l'Ordre des pharmaciens émettent des avis négatifs.

Mme Véronique Guillotin. – J'entends qu'une antenne est plus facile à créer et plus stable économiquement : c'est le modèle à promouvoir, à l'instar des maisons de santé. Pour autant, il y aura toujours des jeunes qui voudront s'installer seuls. Ces professionnels sont des indépendants et peuvent choisir une responsabilité individuelle. Au nom de la liberté, je pense que les deux options doivent coexister.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – La loi permet la création par voie de transfert ou de regroupement d'une officine dans une commune de moins de 2 500 habitants si la population servie est d'au moins 2 500 habitants. La création d'une antenne unique par une officine d'une commune limitrophe ou voisine est également possible. Mon amendement n'écrase pas ce dispositif.

M. Martin Lévrier. – Mon amendement est quasiment identique au sous-amendement de Mme Guillotin. Je ne comprends pas bien la différence de présentation entre nos deux propositions. Je serais prêt à rendre la mienne identique à celle de notre collègue.

M. Daniel Chasseing. – Pourquoi ne pas prévoir, en cas de rachat d'une licence, que le pharmacien acheteur soit obligé de conserver une antenne ?

Mme Anne-Sophie Romagny. – J'ai déposé un amendement qui sera examiné dans quelques instants, mais j'interviens dès à présent car nous sommes au cœur du débat.

Dans la Marne, la pharmacienne d'une commune de moins de 2 500 habitants dont le médecin est parti à la retraite voudrait transférer son activité dans une autre commune de moins de 2 500 habitants située à huit kilomètres, parce qu'il n'y a pas de commune de 2 500 habitants à la ronde. La commune où elle souhaite déménager n'a que 938 habitants, mais dispose d'une MSP et d'un cabinet de kinésithérapie. Ce transfert éviterait à de nombreuses personnes un déplacement inutile. Or l'ARS l'empêche !

Résultat : une officine va fermer, alors que, huit kilomètres plus loin, elle pourrait vivre correctement. C'est infernal ! La loi doit tenir compte de ces cas qui existent dans la ruralité, comme l'a dit M. Vial.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Je sollicite une brève suspension de séance pour mettre au point un compromis.

La séance, suspendue à 17 h 50, reprend à 18 heures.

M. Martin Lévrier. – Je retire mon amendement et appelle à voter le sous-amendement de Mme Guillotin, pour conserver ouvertes les deux possibilités. Si l'on n'ouvre plus que des antennes, on ne reviendra jamais en arrière. (*Mme Nadia Sollogoub renchérit.*)

L'amendement n°852 rectifié sexies est retiré.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – L'amendement de la rapporteure généralise systématiquement la possibilité d'ouvrir des antennes, mais ne permet d'ouvrir que des antennes.

M. Jean-Baptiste Lemoyne. – La possibilité de créer une officine doit continuer de faire partie de la boîte à outils. Il est conforme à la vocation de la Chambre des territoires de s'en remettre au terrain, à l'analyse locale, pour trouver les meilleures solutions. Ne nous privons d'aucune option !

Mme Frédérique Espagnac. – Oui, la création d'antennes est indispensable au maintien d'un équilibre économique. Mais nous devons, comme l'a dit M. Lemoyne, faire confiance aux territoires. Vice-présidente de l'Association nationale des élus de la montagne, je connais les difficultés à rouvrir des officines. Mais je rappelle que, grâce au travail mené par Bernard Delcros, il est possible en zone France Ruralités Revitalisation (FRR) d'ouvrir une officine si la population de la commune augmente fortement de façon saisonnière. Je voterai le sous-amendement.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Précédemment, nous avons rejeté par scrutin public la possibilité de créer une officine dans une commune de moins de 1 000 habitants. J'attire votre attention sur le risque d'incohérence.

Mme Nadia Sollogoub. – Je fais la même analyse que Mme Espagnac, en cohérence avec la démarche de M. Delcros. La généralisation des antennes est une très bonne chose, mais ouvrons le champ des possibles, comme l'a dit M. Lemoyne, pour ne pas nous priver d'initiatives qui pourraient émerger au plan local.

À la demande de la commission, le sous-amendement n°832 rectifié ter est mis aux voix par scrutin public.

Mme la présidente. – Voici le résultat du scrutin n°51 :

Nombre de votants	340
Nombre de suffrages exprimés	319
Pour l'adoption.....	139
Contre	180

Le sous-amendement n°832 rectifié ter n'est pas adopté.

À la demande de la commission, les amendements identiques n°656 rectifié et 757 rectifié bis sont mis aux voix par scrutin public.

Mme la présidente. – Voici le résultat du scrutin n°52 :

Nombre de votants	340
Nombre de suffrages exprimés	339
Pour l'adoption.....	321
Contre	18

Les amendements identiques n°656 rectifié et 757 rectifié bis sont adoptés.

Mme la présidente. – [Amendement n°1192](#) de Mme Brulin et du groupe CRCE-K.

M. Gérard Lahellec. – Face aux difficultés d'accès aux soins, les gouvernements successifs ont pris des mesures assez illisibles et inefficaces de participation volontaire à la continuité des soins, dans le cadre, de surcroît, d'un zonage mal défini. Selon la Fédération hospitalière de France, 70 % des personnes qui vont aux urgences le font faute d'un rendez-vous chez un médecin dans un délai raisonnable. La saturation de l'hôpital vient aussi de l'incapacité de la médecine de ville à répondre aux besoins des patients. Nous proposons donc de rétablir la permanence des soins, d'autant que la situation de la médecine de ville, encore tendue aujourd'hui, devrait redevenir plus confortable.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Le Sénat aura l'occasion de se prononcer sur cette question lorsqu'il examinera la [proposition de loi](#) adoptée par l'Assemblée nationale. La permanence des soins ambulatoires est assurée à 95 %. Avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – L'enjeu est majeur pour nos concitoyens. Les médecins ont un

devoir de participation, dont la gestion collective relève du conseil départemental de l'Ordre, dont le président est fortement engagé sur ce sujet. Au reste, 97 % du territoire est couvert par la permanence des soins. Les efforts doivent se poursuivre pour atteindre 100 % et mieux répartir cette responsabilité entre médecins. Retrait, sinon avis défavorable.

L'amendement n°1192 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°1363 rectifié](#) de Mme Romagny et *alii*.

Mme Anne-Sophie Romagny. – Je reviens sur le débat précédent... Il s'agit de permettre le déménagement d'une officine d'une commune de moins de 2 500 habitants dans une autre pour se rapprocher d'un pôle de santé ou d'une MSP dans le même bassin de vie. Ces transferts seront sans effet sur le nombre d'officines. On tourne un peu en rond, mais je tiens à cette mesure !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Je salue la persévérance de notre collègue ; néanmoins, retrait, sinon avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Il s'agit d'une dérogation et elle va dans le sens de ce que disait M. Lemoyne. Sagesse.

M. Cédric Vial. – Il faut des assouplissements, mais je ne crois pas qu'ils aient leur place dans le PLFSS. J'invite la ministre à soutenir la [proposition de loi de Mme Carrère](#) pour ouvrir une réflexion plus globale. Je ne voterai donc pas l'amendement, même si son esprit est intéressant.

Il doit être clair que le Sénat ne veut pas déstabiliser le maillage de la distribution des médicaments et que le maintien d'une pharmacie peut se faire par transfert, regroupement ou, désormais, création d'une antenne. Quand il y a un projet de transfert, il doit pouvoir se réaliser malgré les avis négatifs de certains acteurs dont la voix n'est que consultative.

Si jamais ce dispositif ne fonctionnait pas, nous serions obligés d'envisager des règles plus contraignantes pour que les territoires ruraux continuent d'avoir accès aux médicaments.

Mme Jocelyne Guidez. – Je voterai cet amendement. Maintenir une pharmacie dans un même bassin de vie, où est le problème ?

M. Alain Milon, vice-président de la commission. – Lorsque nous avons créé les MSP dans le cadre de la [loi HPST](#), avec Jean-Pierre Fourcade, nous avons créé les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires (Sisa), pour permettre à l'ensemble des professionnels de santé, y compris les pharmaciens, de travailler ensemble.

Créer une maison de santé, c'est bien. Mais dans un endroit où il n'y a pas de pharmacie, ce n'est peut-être pas la meilleure solution, puisque la pharmacie est ensuite obligée de se déplacer. Dans tous les cas,

l'ARS doit organiser des concertations avec tous les professionnels, y compris les pharmaciens – et pas seulement une partie d'entre eux ou seulement les élus.

Mme Anne-Sophie Romagny. – Dans le cas dont j'ai parlé, la pharmacie veut juste déménager à l'endroit où une MSP s'est installée, le médecin de sa commune étant parti en retraite. Ce transfert de quelques kilomètres permettrait de sauvegarder son activité. L'empêcher, c'est sacrifier une officine dans la ruralité : le Sénat, chambre des territoires, peut-il décider cela ? Je ne comprends pas !

À la demande de la commission, l'amendement n°1363 rectifié est mis aux voix par scrutin public.

Mme la présidente. – Voici les résultats du scrutin public n°53 :

Nombre de votants	340
Nombre de suffrages exprimés	340

Pour l'adoption.....	154
Contre.....	186

L'amendement n°1363 rectifié n'est pas adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°658](#) de Mme Imbert, au nom de la commission.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Une renégociation des conditions de rémunération des soins non programmés est prévue. Le délai maximal, fixé au 1^{er} juin prochain, paraît trop court. Par attachement au dialogue conventionnel, nous voulons repousser l'échéance de six mois.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Ce délai est raisonnable, compte tenu du champ ciblé des négociations. Leur aboutissement est nécessaire à l'application de ce dispositif, que je ne souhaite pas reporter. Il y a une certaine urgence à remettre de l'ordre dans ces négociations. Retrait, sinon avis défavorable.

L'amendement n°658 est adopté.

L'article 21, modifié, est adopté.

Après l'article 21

Mme la présidente. – [Amendement n°1806](#) du Gouvernement.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Nous transposons à Mayotte les dispositions relatives à la prise en charge par l'assurance maladie des certificats de décès réalisés par les médecins et infirmiers.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1825](#) de Mme Imbert au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Défendu.

Les amendements identiques n°s 1806 et 1825 sont adoptés.

Mme la présidente. – [Amendement n°1312](#) du Gouvernement.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Au sein d'un centre médico-psychologique (CMP), la prise en charge des soins d'orthophonie dépend du motif d'admission : les soins liés au motif sont financés par le budget de la structure, les autres facturés à l'assurance maladie. Or les CMP font parfois appel à des orthophonistes libéraux pour des soins normalement financés par eux. Cet amendement sécurise leur intervention, afin que des indus ne leur soient pas réclamés et que les patients ne voient pas leur parcours interrompu.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cet amendement nous a été transmis tard hier soir. J'entends la volonté du Gouvernement de sécuriser la récupération d'indus. On ne peut pas pénaliser les CMP qui n'arrivent pas à recruter des orthophonistes, et il faut sécuriser l'intervention des professionnels libéraux. Mais les indus seront bien récupérés auprès des CMP, nous sommes d'accord ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. – À l'heure actuelle, ces indus sont réclamés aux orthophonistes de ville, parce que la Cnam considère qu'elle devrait payer le CMP. Désormais, ils seront demandés aux CMP.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – J'aimerais être sûr de comprendre : la dotation des CMP diminuera-t-elle ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Aujourd'hui, la sécurité sociale paie deux fois : le CMP et l'orthophoniste de ville qui a fait le travail. Demain, elle demandera les indus au CMP.

Mme Émilienne Poumirol. – On va donc réduire les moyens des CMP !

Mme Stéphanie Rist, ministre. – On ne baisse pas les moyens des CMP, car ils n'ont pas la capacité d'effectuer cette consultation.

M. Jean-Baptiste Lemoyne. – Des orthophonistes libéraux qui travaillent pour de jeunes enfants pris en charge en CMP se sont émus qu'on leur demande désormais une convention. Ils craignent une surcharge administrative, et s'inquiètent pour la continuité de la prise en charge des enfants.

Mme Émilienne Poumirol. – Plusieurs CMP nous ont alertés : ils reçoivent un financement global, qui inclut cette prestation qu'ils ne peuvent assurer et délèguent donc aux orthophonistes de ville. Si la sécurité sociale leur réclame des indus, leurs moyens baisseront mécaniquement. Il est déjà très difficile d'avoir un rendez-vous en CMP, ne compliquons pas les choses.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Nous avons mis quatre ans à régler le problème des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) qui ont recours à des infirmiers diplômés d'État (IDE) libéraux.

Pendant des années, on a réclamé une double facture au Ssiad que je dirigeais. Nous nous sommes battus pour montrer qu'il existait une convention, qui n'était pas respectée par les libéraux.

Si le CMP a une convention avec l'orthophoniste libéral, il le paie. Il faut une convention, un seul paiement. Et s'il y en a deux, c'est auprès du professionnel libéral qu'il faut recouvrer l'indu.

Mme Marie-Do Aeschlimann. – Je remercie la ministre d'avoir tenté d'apporter une réponse, mais elle ne répond pas aux difficultés qui ont été soulevées.

Des orthophonistes libéraux sont amenés à intervenir auprès d'enfants pris en charge dans des CMP, ce qui pèse sur les CMP. Vous apportez une réponse à la question des indus, mais *quid* de l'imputation de ces consultations sur la dotation allouée au CMP ? Y aura-t-il une mise à niveau de leur dotation pour leur permettre de faire face à ce supplément de dépense ? C'est avant tout un problème de moyens.

Mme Florence Lassarade. – Quand les professionnels libéraux interviennent dans ce type de centre, c'est en tant que vacataire. Pourquoi ne pas utiliser simplement les cartes Vitale ? L'orthophoniste serait réglé directement par la famille, ou le tiers payant. D'ailleurs, une carte Vitale propre à chaque enfant simplifierait le système.

Mme Céline Brulin. – Madame la ministre, vos explications ne me rassurent pas.

L'assurance maladie craint qu'il y ait un double remboursement : CMP et libéral. Il me semble que lors du PLFSS pour 2025, nous avons décidé d'un moratoire – qui prend fin en décembre.

L'idéal, ce sont des conventions, comme le recommande Mme Poncet Monge.

Mais les CMP manquent de ressources humaines et de moyens administratifs. Cela représenterait 200 millions d'euros de charges supplémentaires, soit trois ETP pour chacun des 1 300 CMP. À fragiliser les CMP, on risque des ruptures de soins.

M. Jean-Luc Fichet. – Je n'y comprends rien ! (*Mme Laure Darcos renchérit.*) On paie donc deux fois : l'orthophoniste et le CMP ? Et ce depuis des années ? C'est une situation aberrante. Mais je ne suis pas sûr qu'elle relève de nos débats.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Des orthophonistes libéraux refusent de prendre en charge des patients en CMP, car ils redoutent de se voir réclamer des indus. Or les enfants ont besoin de cette prise en charge globale. Passer par la carte Vitale n'est pas la solution, vu la multiplicité d'actes.

Notre proposition ne changera rien à la dotation des CMP. Le CMP pourra faire venir un professionnel libéral, qui facturera légalement auprès de la caisse d'assurance maladie. Il n'y aura pas de convention sur ce point. Nous procéderons par décret.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – À titre personnel, avis favorable dans l'intérêt des enfants, pour ne pas reporter leur prise en charge. Je note qu'il n'y a pas de baisse de la dotation des CMP, et qu'une mesure réglementaire est à venir.

L'amendement n°1312 est adopté et devient un article additionnel.

Article 21 bis

Mme la présidente. – [Amendement n°659](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cet amendement supprime plusieurs alinéas de l'article 21 bis.

Renforcer l'accès aux soins dans les territoires est une priorité du Sénat – on l'a vu lors de l'examen de la récente [proposition de loi](#).

Le Premier ministre a annoncé la labellisation des maisons France Santé. J'ai dit que cette annonce ne devait pas se réduire à un affichage politique. Elle a un coût réel – mais n'apporte pas de nouveaux médecins.

J'étais très favorable aux MSP, plus réservée sur les CPTS...

Cette annonce est arrivée comme un cheveu sur la soupe.

Je ne voudrais pas qu'elle conduise à rendre invisibles certaines structures qui prennent en charge des patients, mais qui n'auront pas le label. Vous voulez labelliser 5 000 structures d'ici deux ans. *Quid* des autres ? Certains n'osent pas vous le dire, mais il y a un effet d'aubaine, au vu des moyens associés : 50 000 euros pour chaque structure labellisée, mais pour quel résultat ? Je regrette le manque de concertation.

N'oublions pas les autres structures, cabinets médicaux, infirmières, kinésithérapeutes, qui travaillent en coordination sans forcément avoir recherché l'agrément de l'ARS pour se constituer en MSP. Évitions de monter les uns contre les autres, alors que deux fédérations se regardent déjà en chiens de faïence.

Pourquoi modifier le nom des CPTS, auquel tiennent les professionnels ? Il faut retravailler cela.

Ministère, ARS, départements, ordres, professionnels : il faut mobiliser tout le monde pour réussir l'accueil des docteurs juniors. C'est ainsi que l'on améliorera l'accès aux soins, avant de mettre sur les murs un label qui relève surtout de la communication.

M. Olivier Rietmann. – Très bien !

Mme la présidente. – [Amendement identique n°797 rectifié quater](#) de Mme Guillotin et *alii*.

Mme Véronique Guillotin. – On ne cesse de créer de nouvelles structures : maisons de santé, équipes de soins primaires, CPTS... On relève encore une certaine disparité territoriale, une hétérogénéité dans les missions.

Ce nouveau label me paraît très précocement. S'il y a un peu d'argent, utilisons-le à améliorer les structures existantes !

En Suède, le gouvernement demande une réponse de proximité à 24 heures, que ce soit au travers de structures labellisées ou de *chat bots*.

Consolidons déjà l'existant. L'essentiel sera de bien accueillir les docteurs juniors. Mettons les moyens là où sont les besoins.

Mme la présidente. – [Amendement n°1564 rectifié](#) de Mme Sollogoub et *alii*.

Mme Nadia Sollogoub. – Mieux vaut conforter et simplifier les dispositifs existants plutôt que de créer une nouvelle appellation qui sera source de confusion et d'instabilité. La priorité est de renforcer l'accès aux soins. Je partage l'avis de Mme Guillotin : l'urgence est de transformer l'essai sur le dispositif des docteurs juniors, avant d'inventer des trucs et des machins.

Mme la présidente. – [Amendement n°1582 rectifié bis](#) de M. Jomier et du groupe SER.

M. Bernard Jomier. – Tous les acteurs de santé sont plongés dans la confusion depuis les annonces du Premier ministre. Personne ne comprend rien : quel rôle pour les préfets ? Pour les ARS ?

Supprimer « territorial » et « professionnel » dans les CPTS, c'est une centralisation. Dans le même temps, le Premier ministre annonce une départementalisation. Mais avec un rôle majeur pour les préfets, qui prennent leurs ordres au ministère de l'intérieur... Bref, personne ne comprend rien.

Cet amendement introduit précipitamment dans le PLFSS relève avant tout de l'organisation du système de santé. Le Conseil constitutionnel ne sera pas ravi de ce cavalier ! Quant à l'argent que vous apportez, on ne sait comment il sera distribué.

Je suis d'accord avec la rapporteure : supprimons tout cela pour pouvoir en rediscuter tranquillement. Nous retirons notre amendement au profit de celui de la commission, qui vise les bons alinéas.

L'amendement n°1582 rectifié bis est retiré.

Mme la présidente. – [Amendement n°399 rectifié](#) de Mme Lassarade et *alii*.

Mme Florence Lassarade. – Les professionnels de santé étaient initialement très réticents à l'adhésion aux CPTS, ces grands machins. Mais ils y ont finalement trouvé un carnet d'adresses utile. Les CPTS sont désormais rentrés dans les mœurs et fonctionnent bien.

Pourquoi changer la donne et englober tout ce monde dans France Santé ? Ne risquons pas de perdre les bénéfices acquis.

Je retire mon amendement au profit du n°659.

L'amendement n°399 rectifié est retiré.

Mme la présidente. – [Amendement n°247 rectifié](#) de Mme Muller-Bronn et *alii*.

L'amendement n°247 rectifié n'est pas défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1505 rectifié ter](#) de M. Séné et *alii*.

M. Laurent Somon. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement n°1064](#) de M. Grégory Blanc et *alii*.

Mme Anne Souyris. – Amendement de repli, pour rétablir au moins le mot « territorial ».

Mme la présidente. – [Amendement n°1263 rectifié](#) de M. Chasseing et *alii*.

M. Daniel Chasseing. – L'ancrage territorial des CPTS est essentiel, il faut donc rétablir la référence au territoire dans leur dénomination.

Certaines CPTS ne prennent pas en charge les soins non programmés. Les MSP doivent s'impliquer davantage dans ce domaine.

Mme la présidente. – [Amendement n°476 rectifié](#) de M. Milon et *alii*.

M. Jean Sol. – Cet amendement supprime la disposition confiant exclusivement aux organisations représentatives des seules structures concernées et non des professionnels de santé la conclusion de l'accord conventionnel relatif aux MSP.

Cette mesure constitue un nouveau contournement du paritarisme, fragilise le modèle conventionnel et la place des soignants dans la gouvernance du système de santé. Ouvrons plutôt une concertation avec l'ensemble des acteurs de terrain.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1195](#) de Mme Brulin et du groupe CRCE-K.

M. Gérard Lahellec. – L'article oblige les maisons de santé et centres de santé à adhérer aux CPTS, ce qui contrevient à la liberté d'exercice des professionnels de santé. Supprimons cette obligation.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1565 rectifié bis](#) de Mme Sollogoub et *alii*.

Mme Nadia Sollogoub. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement n°1399](#) de Mme Souyris et *alii*.

Mme Anne Souyris. – Madame la ministre, vous êtes bien seule à défendre cette réforme de France santé, reçue avec scepticisme par la commission des affaires sociales. Le GEST propose de l'améliorer.

Cet amendement réserve le label France Santé aux structures publiques et privées à but non lucratif. Celles qui font du profit sur le dos de la sécurité sociale n'ont pas besoin de 50 000 euros pour s'installer. C'est le privé non lucratif qui a besoin d'argent ; des centres de santé sont en train de mourir. Resserrons l'investissement sur ceux qui en ont besoin et qui servent l'intérêt général.

Mme la présidente. – [Amendement n°1400](#) de Mme Souyris et *alii*.

Mme Anne Souyris. – Cet amendement prévoit que chaque structure labellisée France Santé ait un référent handicap. La Conférence nationale du handicap de 2023 a fixé cet objectif dans chaque établissement de santé. C'est une nécessité de terrain, pour améliorer les parcours de soins, lever des obstacles, accompagner les patients dans leurs relations avec les soignants – et ainsi réduire le renoncement aux soins et garantir une égalité d'accès. Bref, c'est un amendement de bon sens.

Mme la présidente. – [Amendement n°453 rectifié](#) de M. Milon et *alii*.

Mme Florence Lassarade. – Nous voulons intégrer pleinement le soin à domicile dans l'architecture du réseau France santé. Les prestataires de santé à domicile (PSAD) accompagnent quatre millions de patients, par un maillage territorial dense de 2 400 structures, dont 80 % de TPE et PME. Peu connus, ils rassemblent 33 000 salariés, dont 6 000 professionnels de santé. Ils améliorent l'accès aux soins dans les zones sous-denses. Inscrivons donc leur rôle de coordination et de soutien au réseau dans le cadre législatif du dispositif France Santé.

Mme la présidente. – [Amendement n°400 rectifié bis](#) de Mme Lassarade et *alii*.

Mme Florence Lassarade. – Nous refusons qu'en cas de non-conclusion d'un avenant à l'accord conventionnel relatif aux MSP ou à l'accord conventionnel interprofessionnel, le contenu soit unilatéralement fixé par arrêté. Ce serait un précédent contraire aux principes de la démocratie sanitaire. Préservons la primauté du dialogue conventionnel.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°473 rectifié bis](#) de M. Milon et *alii*.

M. Jean Sol. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement n°470 rectifié](#) de M. Milon et *alii*.

M. Jean Sol. – Amendement de cohérence avec celui qui supprime la disposition rebaptisant les CPTS en « communautés France santé ».

Mme la présidente. – [Amendement n°250 rectifié](#)

L'amendement identique n°250 rectifié n'est pas défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1504 rectifié ter](#) de M. Séné et *alii*.

M. Laurent Somon. – Nous réinstaurons l'obligation de négociation avec les organisations représentatives des professionnels de santé en supprimant la possibilité laissée au Gouvernement d'adopter un amendement aux accords conventionnels interprofessionnels par arrêté.

Mme la présidente. – [Amendement n°1196](#) de Mme Brulin et du groupe CRCE-K.

Mme Céline Brulin. – Nous allongeons de deux à six mois le délai pour les négociations conventionnelles.

Tous ces amendements montrent que cet article n'est ni fait, ni à faire. Cela fait un peu cher le panneau « France Santé » ! (*Sourires*). Mme la ministre va essayer de nous convaincre que c'est l'idée du siècle, mais les 150 millions d'euros qu'y consacre le Gouvernement seraient mieux utilisés à aider les collectivités à créer des centres de santé publique, à améliorer l'accueil des docteurs juniors, à financer des postes de professeurs des universités-praticien hospitalier (PU-PH) ou de chefs de clinique... Gare également aux effets d'aubaine, dans la jungle des aides publiques « incitatives » - qui ne fonctionnent pas. Enfin, cette réforme contrevient à la liberté d'exercice et de s'organiser, et répond à une injonction nationale. (*Mme Stéphanie Rist le conteste de la tête.*) Bref, personne n'est convaincu par ce gadget !

Mme la présidente. – [Amendement n°291 rectifié bis](#) de M. Milon et *alii*.

M. Jean Sol. – L'article prévoit que les accords conventionnels relatifs aux MSP seraient signés par les « organisations reconnues représentatives de ces structures au niveau national », écartant les syndicats professionnels. Vous évincez ainsi les représentants légitimes.

Préservez la capacité pour les organisations représentatives de professionnels de santé libéraux de négocier l'accord conventionnel en conservant les règles actuelles.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable à ces amendements, qui sont incompatibles avec celui de la commission.

Avis défavorable à l'amendement n°1564 rectifié, ainsi qu'à l'amendement n°1505 rectifié *ter*, qui crée un comité un nouveau comité !

Avis défavorable aux amendements n°1064 et 1263 rectifié qui changent la dénomination.

Les amendements n°476 rectifié, 1195 et 1565 rectifié *bis* suppriment la participation obligatoire des MSP : retrait, sinon avis défavorable.

Défavorable à l'amendement n°1399, qui réserve le label aux structures non lucratives. Nous avons besoin de l'ensemble des structures de soins sur un territoire pour améliorer l'accès aux soins.

Défavorable à l'amendement n°1400. Nous ne savons pas quelles structures seront éligibles au label.

Ce pourrait être une pharmacie travaillant avec une infirmière... Difficile, dans un tel cas, d'imposer un référent handicap.

Retrait sinon avis défavorable à l'amendement n°453 rectifié, incompatible avec l'amendement de la commission. Ne modifions pas les compétences des prestataires.

Avis défavorable à l'amendement n°470 rectifié.

Retrait sinon avis défavorable à l'amendement n°400 rectifié *bis* et au n°473 rectifié, incompatibles avec le nôtre. *Idem* pour les amendements n°1504 rectifié *ter*, 1196 et n°291 rectifié *bis*.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Je sais que je vais vous convaincre (*sourires*), car le label France Santé est un véritable outil d'aménagement du territoire. Je comprends les critiques. Cette mesure a été annoncée rapidement. Après un mouvement de surprise, j'en ai vu tout l'intérêt.

Le premier objectif est de répondre à nos concitoyens qui se sentent abandonnés faute d'accès aux soins, et d'améliorer cet accès aux soins.

France Santé n'est pas un truc en plus, une structure en plus. Ce label donnera de la visibilité aux maisons de santé, aux centres de santé, aux bus santé, parfois mal connus de nos concitoyens, qui ne savent pas, par exemple, que les CPTS permettent l'accès à des soins non programmés. D'où l'intérêt du logo.

Vous connaissez l'efficacité des maisons France Services, qui ne sont pas de la centralisation ! (*Mouvements sur les travées du groupe Les Républicains*) France Santé, c'est pareil. Nous n'inventons rien de nouveau, nous rendons visible ce qui est fait.

Mme Céline Brulin. – Cela fait cher le logo !

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Pour des citoyens qui se sentent abandonnés, ce logo est important.

Deuxième objectif : consolider ces structures par un financement de 50 000 euros par structure en moyenne. Tant mieux s'il y a de la labellisation partout ! L'important est que les Français aient accès aux soins près de chez eux.

Troisième objectif : créer une offre de soins dans les territoires où il n'y a rien, ni CPTS, ni MSP. France Santé apportera un financement qui sera un levier pour créer un noyau de coopération. Certains territoires n'ont qu'une pharmacie ; s'il y a une infirmière dans un village voisin, si l'on peut installer une téléconsultation, il se créera un début de réponse, un début de CPTS, puis un médecin viendra s'installer...

Le portage France Santé sera réalisé par les départements. C'est un outil à la disposition des professionnels et des élus.

Mme Céline Brulin. – Ils ne vous ont pas attendu pour le faire...

Mme Stéphanie Rist, ministre. – À l'Assemblée nationale, certains amendements ont contraint le dispositif.

Le ministère ne dira pas qui sera labellisé ou non. Le cahier des charges est volontairement léger, souple : possibilité d'obtenir un rendez-vous avec un médecin dans les 48 heures, conventionnement en secteur 1, association d'une infirmière au moins. Toutes les structures qui le souhaitent pourront être labellisées, sans obligation.

Le nom n'est pas un problème : on peut le changer, de même qu'on peut modifier les obligations. Ce n'est pas un nouveau dispositif, mais un outil.

Nous avons prévu deux modes de financement : le FIR, et une part relevant de la négociation avec les professionnels des maisons de santé. Je suis d'accord pour restreindre le rôle du directeur de la Cnam, comme le demande un amendement, le temps que les négociations aboutissent. Si le financement doit être 100 % FIR, pourquoi pas, mais les professionnels ne le souhaitent pas.

Ce n'est pas un dispositif en plus ; il consolide les structures existantes – par exemple en finançant une infirmière, une secrétaire, voire un bureau supplémentaire. Nous laissons la main aux territoires et aux professionnels.

Je ne vous vends pas un gadget – je connais trop les difficultés d'accès aux soins. C'est l'engagement de ma vie. France Santé n'est pas un gadget, mais un financement en plus. Le patient saura que des structures existent, dont il peut pousser la porte. Pour les élus, ce sera un outil d'aménagement du territoire.

Je ne comprendrais pas que vous ne votiez pas cet outil, qui n'oblige à rien, ne retire rien.

Avis défavorable à tous les amendements à l'exception des amendements n^{os}476 rectifié, 1195 et 1565 rectifié *bis*, qui suppriment l'adhésion obligatoire, 291 rectifié *bis* qui revient sur les modalités de signature par le directeur du Cnam, et 400 rectifié *bis* qui supprime la négociation sous contrainte.

M. Daniel Chasseing. – Mme la ministre a été convaincante. Pas de doublon, financement supplémentaire, implication des élus : j'y suis favorable, à condition de bien intégrer les soins non programmés.

Mme Émilienne Poumirol. – Tout ça pour ça ! (*M. Olivier Rietmann renchérit.*) Il s'agit davantage d'annonces que de réalités. Je comprends bien que vous n'inventez pas de nouveaux médecins...

Vous voulez plus de lisibilité ? Mais dans les déserts médicaux, nul besoin d'un panneau France Santé pour savoir où se trouve le cabinet ou le centre de santé...

La consolidation des centres existants me semble intéressante. Les MSP et centres de santé réalisent un travail pluriprofessionnel de coordination. C'est l'avenir de la médecine. Toutefois, ils bénéficient déjà d'un financement de l'ARS. Vos 50 000 euros s'y ajoutent-ils ?

Là où il n'y a rien, vous ne trouverez pas de médecin. La Cour des comptes dénombre quatorze aides à l'installation différentes, pour 200 à 210 millions d'euros par an... et une efficacité quasi nulle !

Mme Annie Le Houerou. – Parfaitement !

M. Bernard Jomier. – Vous ne pouvez pas déconnecter la transformation des CPTS en France Santé des annonces du Premier ministre sur la départementalisation et le dépeçage des ARS. Personne n'y comprend rien ! Onze de vos prédécesseurs ont signé une tribune commune pour s'opposer à cette mesure.

Distribuer 130 millions d'euros sans créer aucune offre pose problème.

L'acte de décentralisation sur la santé mérite un véritable échange entre l'État et les collectivités territoriales. Il est courageux de mettre ce dossier sur la table, mais ne commencez pas en inscrivant ce « truc » !

Les ARS envoient des textos à des structures pour leur dire « vous aurez tant de fois 50 000 euros ». Vous avez lancé une mécanique insensée !

M. Martin Lévrier. – La santé relève désormais du niveau national. Parler de décentralisation revient à changer de paradigme. Je ne suis pas sûr que ce soit le bon moment.

Les aides des collectivités territoriales, partant d'un bon sentiment, ont souvent engendré des problèmes incommensurables entre communes, EPCI ou départements.

Le [rapport](#) demandé par la commission des affaires sociales à la Cour des comptes renonce à juger de la pertinence des 200 millions d'euros d'aides d'État. Même chose pour les aides des collectivités !

Dans ces conditions, il me semble intéressant de parler de déconcentration, plutôt que de décentralisation. Ces maisons France Santé pourraient être une façon d'utiliser l'existant pour construire quelque chose de cohérent.

Je ne crois pas aux baguettes magiques, mais nous constatons l'efficacité des maisons France Services, pourtant décriées sur ces bancs à leur création. (*Mme Émilienne Poumirol proteste.*)

Mme Anne Souyris. – Consolidation, création, réponse à la désertification... C'est formidable ! Mais en réalité, on ne sait rien. On nous annonce un label – sans rien derrière.

Va-t-on labelliser les pharmacies ? Une pharmacie est-elle un lieu de soins ? Peut-on comparer une officine et un hôpital ?

Quand on parle des maisons France Services, on sait à quoi on a affaire. Là, vous nous demandez de voter sur un budget à l'aveugle.

Vous ne m'avez pas répondu sur le public ou le privé non lucratif.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – J'ai parlé de secteur 1 !

Mme Anne Souyris. – Il existe deux cents centres de santé à Paris. Les centres solidaires sont en train de mourir ; les autres vont très bien. J'espère que ce ne sont pas eux qui seront labellisés ! Il fallait présenter un projet de loi spécifique.

Mme Laurence Rossignol. – La ministre fait le travail pour défendre l'annonce faite par le Premier ministre. Nous ne sommes même pas sûrs que ces crédits seront débloqués. Inutile d'y passer autant de temps. Sans quoi nous finirons l'examen du PLFSS dans la nuit de mardi à mercredi, à 5 heures du matin...

M. Simon Uzenat. – Madame la ministre, j'avais de la peine à suivre votre raisonnement.

Mme Céline Brulin. – Elle a du mérite !

M. Simon Uzenat. – On a le sentiment que vous n'y croyez pas vous-même.

Les élus locaux sont en première ligne, on ne peut leur reprocher de chercher des solutions quand leurs concitoyens se plaignent de ne pas trouver de médecin.

Oui, c'est le Far West : certains médecins se comportent en chasseurs de prime, les collectivités en sont réduites à engager des détectives privés ou à placarder des bâches le long des routes ! L'État doit assumer ses responsabilités. La régulation va dans le sens de l'histoire.

Vous nous appelez à déverser de l'argent, encore et toujours, alors que les incitations n'ont pas produit les effets attendus. Bien gérer, c'est d'abord instaurer des règles claires.

M. Jean-Baptiste Lemoyne. – L'article 21 *bis* ne mérite ni excès d'honneur ni excès d'indignité : il s'agit de donner aux CPTS le nom de France Santé.

Entre les relais de service public, les MSP et les maisons France Services, nous avons changé de dimension. Nadège Havet l'a montré dans son [rapport d'information](#) : elles ont fait leurs preuves.

La visibilité a son importance. Les CPTS qui deviennent France Santé, ce n'est pas bien méchant ! Pourquoi pas une dénomination France Santé/CPTS ? Mais le marketing est important.

Les CPTS visaient à structurer une offre territoriale et à coordonner. Tant mieux si les différents acteurs

de santé se retrouvent dans France Santé. Cette mesure mérite d'être adoptée.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Madame la ministre, si nous étions convaincus qu'il s'agit d'un outil d'aménagement du territoire, nous le voterions des deux mains !

L'accès aux soins est un sujet de préoccupation majeure de nos concitoyens. Je n'ai pas envie de leur raconter d'histoires.

Les maisons France Services ont été créées pour pallier la disparition des services publics, pour au moins permettre un premier accueil. Pour France Santé, on fait l'inverse : on veut développer l'accès aux soins. Il est vrai que beaucoup de nos concitoyens ne connaissent pas les CPTS.

M. Jean-Baptiste Lemoyne. – C'est clair.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Mais produisent-elles du soin ?

Mme Annie Le Houerou. – Non.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Pourquoi leur donner le label France Santé et pas aux MSP ?

Mme Silvana Silvani. – Exactement !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Les élus locaux dépensent suffisamment d'énergie à développer des solutions. Quand elles existent, elles sont visibles ! Les pharmacies ont leur croix verte qui clignote, tout le monde sait où sont les hôpitaux. Mon inquiétude concerne l'invisibilité des structures qui ne bénéficieraient pas du label.

La [proposition de loi Mouiller](#) prévoit une évaluation des besoins au niveau départemental. Or votre rédaction n'en fait pas mention.

Vous nous demandez beaucoup d'argent pour mener une politique à marche forcée : on demande déjà aux préfets de signaler les structures qui pourraient bénéficier du label. (*Mme Émilienne Poumirol le confirme.*)

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Ces 50 000 euros créent de l'accès aux soins, du temps médical supplémentaire grâce à une infirmière, une secrétaire médicale de plus... Les structures pourront aussi accueillir plus d'internes. Je ne dis pas que cela va tout régler.

Lorsqu'un malade ne sait pas où s'adresser, par exemple sur mon territoire...

Mme Céline Brulin. – Vous plaisantez ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. – ...même si les CPTS ont organisé les soins non programmés, les malades l'ignorent et vont donc aux urgences. Le label évitera ce phénomène. La visibilité, ce n'est pas un gadget, c'est du temps médical en plus.

Au Salon des maires, j'ai pu voir que beaucoup des maires étaient intéressés par cette mesure. (MM. Laurent Somon et Olivier Rietmann ironisent.)

Je connais la gravité du sujet : la difficulté d'accès aux soins, ce sont des morts évitables. France Santé ne réglera pas l'ensemble des problèmes, mais il n'entraîne aucune contrainte et sera porté par les départements – nous pouvons clarifier ce point dans le texte par un amendement si vous le souhaitez ; mais ne balayez pas cette mesure d'un revers de main. De nombreux professionnels me disent qu'ils veulent être labellisés.

À la demande de la commission, les amendements identiques n^{os}659 et 797 rectifié quater sont mis aux voix par scrutin public.

Mme la présidente. – Voici les résultats du scrutin public n°54 :

Nombre de votants 340
Nombre de suffrages exprimés 337

Pour l'adoption 302
Contre 35

Les amendements n^{os}659
et 797 rectifié quater sont adoptés.

Les amendements n^{os}1564 rectifié,
1505 rectifié ter, 1064, 1263 rectifié,
les amendements identiques n^{os}476 rectifié, 1195
et 1565 rectifié bis, les amendements n^{os}1399, 1400,
453 rectifié, les amendements identiques
n^{os}400 rectifié bis et 473 rectifié bis
et les amendements n^{os}470 rectifié,
1504 rectifié ter, 1196 et 291 rectifié bis
n'ont plus d'objet.

L'article 21 bis modifié est adopté.

Après l'article 21 bis

Mme la présidente. – [Amendement n°1606](#) de Mme Souyris et alii.

Mme Anne Souyris. – Cet amendement supprime le délai de carence entre la sortie par un médecin d'une convention médicale et une nouvelle adhésion. Il reprend une préoccupation exprimée à l'Assemblée nationale, notamment par le rapporteur général. Précisons ce point dans le code de la sécurité sociale.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Je suis attachée au dialogue conventionnel : il ne revient pas à la loi de revenir sur une disposition conventionnelle.

Le délai existant est loin de satisfaire tout le monde et il est préférable d'inciter les médecins à rejoindre la convention plutôt que de les empêcher d'en sortir. Avis défavorable néanmoins.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Je m'efforce d'améliorer la confiance dans le dialogue conventionnel, qui a été abîmée. Mais il ne faudrait

pas que les médecins se déconventionnent trop légèrement : avis défavorable.

L'amendement n°1606 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°1555 rectifié](#) de M. Mérillou et alii.

M. Simon Uzenat. – La concentration de médecins dans certaines zones et le dépassement d'honoraires exclut de nombreux Français des soins de proximité, notamment les plus modestes. Les patients doivent parfois choisir entre attendre plusieurs mois pour un rendez-vous en secteur 1 ou payer des dépassements d'honoraires parfois prohibitifs.

Nous voulons réserver dans des zones ciblées le conventionnement aux seuls médecins du secteur 1, notamment pour les jeunes médecins qui s'installent. L'objectif est de protéger les patients les plus modestes.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Même avis.

L'amendement n°1555 rectifié n'est pas adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°876](#) de M. Khalifé.

M. Khalifé Khalifé. – Les IPA sont soumis à la convention des infirmiers généralistes, fondée sur un modèle de rémunération à l'acte qui ne correspond pas à leur cadre d'exercice.

Créons plutôt une convention nationale propre aux IPA qui aiderait au développement ordonné de cette nouvelle profession.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Retrait sinon avis défavorable. Les IPA ne constituent pas une profession de santé à part, mais une modalité d'exercice du métier d'infirmier.

Des avenants à la convention nationale peuvent par ailleurs déjà tenir compte de certaines spécificités. L'avenant 9 adapte ainsi les modalités de rémunération des IPA.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Même avis. Vous connaissez mon attachement aux IPA. Je comprends la demande d'une négociation à part, mais leur spécificité est déjà prise en compte dans les négociations des infirmières. Nous pouvons les rassurer sur ce point.

L'amendement n°876 est retiré.

Mme la présidente. – [Amendement n°1197](#) de Mme Gréaume et du groupe CRCE-K.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Défendu.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – La loi n'a pas à entrer dans de telles précisions : retrait, sinon avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Même avis.

L'amendement n°1197 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°1194](#) de Mme Corbière Naminzo et du groupe CRCE-K.

Mme Silvana Silvani. – Cet amendement répond à une interpellation de l'intersyndicale Taxi 974. La convention nationale du 8 août 2025 encadrant le transport sanitaire par taxi a créé une inégalité de traitement manifeste entre la métropole et les territoires ultramarins – une de plus ! Un forfait additionnel de 15 euros est prévu pour certaines grandes agglomérations hexagonales, alors que les outre-mer ne bénéficient que d'un supplément forfaitaire de trois euros, alors que La Réunion, par exemple, souffre des mêmes temps d'attente prolongés aux urgences, des mêmes encombrements, mais aussi d'un coût de la vie de 30 à 40 % plus élevé et d'une prévalence plus élevée du diabète.

Je prévois un avis défavorable à cette demande de rapport, mais, madame la ministre, pouvez-vous vous engager à étudier cette possibilité ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable à cette demande de rapport, mais votre question est pertinente. La situation des taxis de transport sanitaire doit être travaillée avec les professionnels.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Un comité de suivi a été mis en place sur les forfaits de taxi ; il se réunit une fois par an. Nous aurons des résultats en mars 2026. Il y a aussi un dispositif d'observation territoriale.

Mme Viviane Malet. – J'avais aussi déposé un amendement, jugé irrecevable, sur ce sujet. Prenons en compte les difficultés de nos territoires, qui ont les mêmes contraintes que les grandes métropoles hexagonales, sans compter les surcoûts de 38 % en moyenne pour l'achat des véhicules, les assurances et les réparations.

L'amendement n°1194 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°1558 rectifié bis](#) de M. Mérillou et *alii*.

M. Simon Uzenat. – Cet amendement adapte le cadre applicable au transport sanitaire pour mieux répondre aux besoins spécifiques des populations résidant en zones France ruralités revitalisation (FRR), où l'accès aux soins est encore plus difficile : moins, voire pas de médecins, problèmes de mobilité, de précarité... Les entreprises locales de transport sanitaire y sont pourtant soumises aux mêmes obligations que celles situées en zone urbaine.

Cet amendement autorise le directeur général de l'agence régionale de santé à adapter certaines de ces obligations pour tenir compte des contraintes géographiques de distance et des besoins spécifiques des populations rurales. C'est une vraie logique de différenciation.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Ces difficultés d'accès au transport sanitaire sont une réalité. Mais il faut mieux cibler, les zones FRR ne correspondant pas forcément aux zones sous-dotées. Avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Votre amendement est satisfait. Retrait, sinon avis défavorable.

M. Simon Uzenat. – Les habitants, pas plus que les élus de ces territoires ne comprendront votre réponse.

À Roi Morvan Communauté, on peut prendre des rendez-vous dans des centres hospitaliers, mais ils sont éloignés et difficilement accessibles. Peut-être certaines zones FRR n'ont pas de problèmes, mais ce n'est le cas ni en Bretagne ni en Dordogne. J'espère des réponses concrètes.

Mme Frédérique Espagnac. – Je voterai cet amendement. Avec Bernard Delcros et Rémy Pointereau, dans notre [rapport](#) sur les FRR, nous avons imaginé de telles dispositions. Ce problème n'est pas résolu et concerne de nombreux territoires.

*L'amendement n°1558 rectifié bis
n'est pas adopté.*

L'article 21 ter est adopté.

La séance est suspendue à 20 h 10.

PRÉSIDENCE DE MME SYLVIE ROBERT,
VICE-PRÉSIDENTE

La séance reprend à 21 h 40.

Mise au point au sujet d'un vote

M. Martin Lévrier. – Lors du scrutin public n°52, le groupe RDPI souhaitait voter pour.

Acte en est donné.

Discussion des articles (*Suite*)
TROISIÈME PARTIE (*SUITE*)

Article 21 quater

Mme la présidente. – [Amendement n°660](#) de Mme Imbert au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – La Cour des comptes nous invite à clarifier le paysage touffu des aides à l'installation des médecins. Les ARS doivent se désengager au profit de l'assurance maladie. Nous proposons de fixer au 1^{er} janvier 2027 l'entrée en vigueur de la suppression du contrat de début d'exercice (CDE) et d'abroger une aide à l'installation

correspondant à la prise en charge de cotisations sociales, déjà en extinction.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1229 rectifié bis](#) de Mme Apourceau-Poly et du groupe CRCE-K.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Le président de la 6^e chambre de la Cour des comptes nous a remis son [rapport](#) la semaine dernière. Les différentes aides ne sont pas toutes efficaces. Le président Lejeune s'est montré prudent sur le contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM), car la Cnam a déjà prévu de réduire son aide. Mais il a souligné les effets d'aubaine et l'inefficacité des exonérations de cotisations et de taxes dans les zones franches. L'argent n'est pas le premier déterminant à l'installation. Ne laissons pas penser que les médecins courent après l'argent, en leur donnant des avantages qu'ils ne réclament pas.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – L'aide au paiement des cotisations sociales n'ayant pas été prolongée au-delà de 2022, cette partie de votre amendement est satisfaite. Le CDE a déjà été en partie supprimé ; c'est la seule aide qui reste à ces médecins en zone sous-dense. Sagesse.

Les amendements identiques n°s660 et 1229 rectifié bis sont adoptés.

L'article 21 quater, modifié, est adopté.

Après l'article 21 quater

Mme la présidente. – [Amendement n°725 rectifié sexies](#) de M. Théophile et alii.

M. Dominique Théophile. – Selon la Cour des comptes, nos politiques contre les déserts médicaux sont incapables de corriger les déséquilibres territoriaux, notamment ultramarins. Je propose d'offrir la possibilité de s'installer en zone surdotée, à condition que 20 % de l'activité soit consacrée à une zone sous-dotée.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – C'est une idée pertinente, mais le champ retenu est excessif : tous les professionnels de santé sont visés. Retrait, sinon avis défavorable. J'espère, madame la ministre, que la [proposition de loi Mouiller](#) sera bientôt inscrite à l'ordre du jour de l'Assemblée nationale.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Retrait sinon avis défavorable, car il n'y a pas beaucoup de zones surdotées ; il y a plutôt des zones normales et des zones sous dotées.

L'amendement n°725 rectifié sexies est retiré.

Mme la présidente. – [Amendement n°863](#) de M. Uzenat.

M. Simon Uzenat. – L'arrêté du 29 septembre 2025 va bouleverser l'équilibre précaire du transport sanitaire dans les îles bretonnes. À Belle-Île-en-Mer, le seul établissement de santé des îles du Ponant a dû déclarer infructueux le dernier appel d'offres. Le critère

de la « traversée par bateau » justifierait des mesures d'adaptation à ces îles.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable à cette demande de rapport, même si le transport des patients insulaires est un sujet.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Le protocole vient d'être signé, mais s'il y a un sujet spécifique pour les îles, je le regarderai. Avis défavorable.

M. Simon Uzenat. – Des adaptations locales sont possibles. Le recours à la Société nationale de sauvetage en mer (SNSM) explose pour les soins non programmés. À Belle-Île, une régulation quotidienne a été mise en place pour limiter le recours à l'hélicoptère. Je compte sur vous, madame la ministre. (*Mme Sophie Primas applaudit.*)

L'amendement n°863 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°963 rectifié bis](#) de M. Buval et alii.

M. Dominique Théophile. – Nous souhaitons un rapport sur la réforme du financement des établissements de santé en outre-mer, avec un focus sur les coefficients géographiques en Martinique et en Guadeloupe, qui sont trop faibles par rapport aux besoins. Les fédérations hospitalières des Antilles et de la Guyane estiment que certains paramètres ne sont pas pris en compte.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – La population ultramarine est confrontée à des difficultés d'accès aux soins. Les coûts sont structurellement plus élevés – nous l'avons évoqué lors de l'examen du [projet de loi](#) Vie chère. Les coefficients géographiques permettent donc de majorer les tarifs hospitaliers.

Mais plutôt que d'un nouveau rapport, nous avons surtout besoin d'une augmentation des tarifs hospitaliers, d'une revalorisation des coefficients géographiques (*M. Dominique Théophile applaudit*) et d'un soutien renforcé aux établissements de santé. Avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Retrait, sinon avis défavorable. Les tarifs ont été actualisés l'an dernier. Je suis prête à regarder ce qui ne va pas. J'essaie de prendre en compte les spécificités des territoires d'outre-mer, territoire par territoire.

M. Dominique Théophile. – Il faut regarder le sujet département par département et non globalement.

L'amendement n°963 rectifié bis est retiré.

L'article 21 quinquies est adopté.

Article 21 sexies

Mme la présidente. – [Amendement n°661](#) de Mme Imbert au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'élargissement des compétences des

orthoprothésistes, podo-orthésistes et orthopédistes-orthésistes ne libérera du temps médical qu'à condition que ces professionnels et les médecins adhèrent à cette évolution. Ils doivent donc être consultés sur le projet de décret. Nous souhaitons soumettre à l'avis de la HAS et de l'Académie de médecine la liste des dispositifs médicaux qui pourront être prescrits, renouvelés ou réparés par ces trois professions. Ces avis devront être rendus sous trois mois.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Retrait, sinon avis défavorable. Le délai de publication des décrets s'en trouverait retardé d'un à trois ans.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – J'ai fixé un délai de trois mois pour éviter tout blocage. Au-delà de trois mois, vous déciderez. Associer tout le monde permettrait d'éviter les frictions.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Nous n'aurons pas les réponses dans les trois mois et les professionnels qui refusent le partage des compétences lanceront des contentieux.

L'amendement n°661 est adopté.

L'article 21 sexies, modifié, est adopté.

Après l'article 21 sexies

Mme la présidente. – [Amendement n°1089 rectifié](#). M. Théophile et du groupe RDPI.

M. Dominique Théophile. – Cet amendement permet aux ergothérapeutes d'exercer sur prescription médicale ou dans le cadre d'un adressage en cas de prise en charge pluriprofessionnelle.

Cela faciliterait l'accès aux soins pour les patients en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1311](#) du Gouvernement.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Ce dispositif fait partie du pacte de lutte contre les déserts médicaux.

Les amendements identiques n°s1089 rectifié et 1311, acceptés par la commission, sont adoptés et deviennent un article additionnel.

Mme la présidente. – [Amendement n°548](#) de M. Khalifé.

M. Khalifé Khalifé. – Le métier d'infirmier perfusionniste est essentiel au sein des équipes de chirurgie cardiaque, de greffe ou d'assistance circulatoire. Ce sont des infirmiers spécialisés, titulaires d'un diplôme de niveau master. Reconnaissons mieux ces équipes méritantes.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Ces professionnels exercent des responsabilités beaucoup plus importantes que celles du métier-socle. Mais ce n'est pas un rapport qui permettra la reconnaissance d'une spécialité infirmière. Retrait, sinon avis

défavorable, donc, mais merci d'avoir attiré notre attention sur ces métiers.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Ces 300 personnes qui exercent un métier indispensable bénéficient d'une bonification indiciaire, mais nous pourrions étudier les évolutions possibles avec elles. Malheureusement, ce que vous proposez est trop rigide.

M. Khalifé Khalifé. – Je ne serai pas plus royaliste que le roi ! Pour les avoir côtoyés jour et nuit pendant plus de quarante ans, je sais ce qu'ils valent.

L'amendement n°548 est retiré.

Article 21 septies

Mme la présidente. – [Amendement n°101](#) de M. Henno.

M. Olivier Henno. – Amendement de suppression. La régulation de la médecine esthétique est un vrai sujet, sur lequel le ministre Yannick Neuder avait d'ailleurs ouvert une réflexion. Mais une régulation par l'ARS n'est pas souhaitable : mieux vaut y travailler avec le Conseil de l'ordre.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°566](#) de M. Khalifé.

M. Khalifé Khalifé. – À notre connaissance, un travail est en cours entre le ministère et l'Ordre des médecins. Peut-être vaut-il mieux supprimer cet article en attendant le résultat ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Dans un premier temps, j'avais envisagé un amendement de suppression, compte tenu du travail que vous mentionnez. Le Conseil national de l'ordre et le ministère ayant abouti à une rédaction consensuelle, j'ai retiré mon amendement de suppression et vous propose de faire de même avec les vôtres. Sinon l'avis sera défavorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Même avis.

Les amendements identiques n°s101 et 566 sont retirés.

Mme la présidente. – [Amendement n°1583 rectifié ter](#) de M. Jomier et du groupe SER.

Mme Annie Le Houerou. – Nous voulons lutter contre la fuite des médecins vers la médecine esthétique en donnant à l'Ordre national des médecins des outils de contrôle et de régulation des praticiens qui exercent la médecine esthétique.

Avec la liberté d'exercice et l'absence de spécialité officielle, tout médecin peut décider de se consacrer à des actes de médecine esthétique. En plus de l'agrément de l'ARS, le médecin devra également obtenir l'approbation du Conseil national de l'ordre. Cette mesure est issue de la [proposition de loi](#) de Yannick Neuder.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1826](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Le développement rapide et non encadré de la médecine esthétique présente des risques. Je salue le travail de l'Ordre des médecins et du Gouvernement. L'autorisation sera subordonnée au suivi d'une formation reconnue par l'Ordre ou à la validation des acquis de l'expérience. Je remercie Bernard Jomier d'avoir rendu son amendement identique à celui de la commission.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Avis favorable. C'est une première pierre ; il en faudra d'autres sur la qualité, la sécurité, la formation...

M. Jean-Luc Fichet. – Je salue cette démarche. Des médecins, dont les dix années d'études ont été payées par la puissance publique, se tournent vers cette médecine privée très rémunératrice. Ils échappent ainsi à l'exercice de la médecine au service des malades. Rien à voir avec la chirurgie réparatrice qui mérite toute notre attention.

Il faut réguler l'exercice de la médecine esthétique, d'autant que nous retrouverions ainsi des dermatologues. Je voterai ces amendements.

Les amendements identiques n°s 1583 rectifié ter et 1826 sont adoptés.

Mme la présidente. – [Amendement n°1306 rectifié](#) de M. Milon et *alii*.

Mme Florence Lassarade. – La médecine esthétique concerne aussi bien des actes de confort, des actes de réparation à la suite d'accidents, des actes en lien avec des pathologies de la peau, que des actes de prévention de l'accompagnement du vieillissement.

Pourquoi imposer une autorisation à des médecins qui sont déjà formés pour réaliser de tels actes ? Je pense par exemple aux médecins spécialistes en chirurgie plastique reconstructrice et esthétique ou aux dermatologues. La dermatologie esthétique ne représentait pas plus de 10 % de l'activité de ces derniers selon un sondage de 2024.

L'article est rédigé en termes trop généraux. Exonérons certains médecins spécialistes du régime d'autorisation.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Certains médecins spécialistes sont effectivement formés pour pratiquer ces actes de médecine esthétique. Avis favorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Avis défavorable, car on exclurait les dermatologues de la régulation souhaitée.

Mme Florence Lassarade. – M. Milon rappelle pourtant que l'activité de médecine esthétique représente moins de 10 % de l'activité des

dermatologues, selon un sondage récent. Dirait-il n'importe quoi ?

M. Alain Milon, vice-président de la commission. – Oh, ça m'arrive... (*Sourires*)

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Les dermatologues ont déjà des autorisations, pour utiliser le laser par exemple. Avec cet amendement, vous les supprimez toutes.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Retrait ?

L'amendement n°1306 rectifié est retiré.

L'article 21 septies, modifié, est adopté.

Article 21 octies

Mme la présidente. – [Amendement n°663](#) de Mme Imbert au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Il s'agit d'inscrire les dispositions relatives au service du contrôle médical des régimes agricoles de protection sociale dans le code rural et de la pêche maritime plutôt que dans celui de la sécurité sociale.

L'amendement n°663, accepté par le Gouvernement, est adopté et l'article 21 octies est ainsi rédigé.

Article 21 nonies

Mme la présidente. – [Amendement n°1827](#) de Mme Imbert au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Rédactionnel.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Sagesse.

Mme Anne Souyris. – La [loi sur la profession d'infirmier](#) de juin dernier appelait très clairement le Gouvernement à revaloriser les tarifs des actes infirmiers. Où en sont les négociations qui se sont ouvertes en juillet ? Quels efforts le Gouvernement est-il prêt à faire ?

Les organisations infirmières nous ont aussi alertés sur les projets de décret. Quelles consultations menez-vous avec les organisations représentatives pour faire respecter l'intention du législateur ?

L'amendement n°1827 est adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°1828](#) de Mme Imbert au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cet amendement retire du périmètre du rapport la définition du rôle propre de l'infirmier ainsi que la liste des actes et soins qu'il est habilité à réaliser, car le décret d'application devrait paraître avant l'adoption du PLFSS.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Avis favorable.

Madame Souyris, le projet de décret a été validé par le Haut Conseil des professions paramédicales et les arrêtés sont en cours de rédaction.

L'amendement n°1828 est adopté.

L'article 21 nonies, modifié, est adopté.

Article 21 decies

Mme la présidente. – [Amendement n°92](#) de M. Henno.

M. Olivier Henno. – Nous voulons supprimer l'article qui propose d'expérimenter l'équipe de soins traitante en lieu et place du médecin traitant : c'est une mauvaise réponse à une bonne question.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°401 rectifié bis](#) de Mme Lassarade et *alii*.

Mme Florence Lassarade. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°482 rectifié bis](#) de M. Milon et *alii*.

M. Jean Sol. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°664](#) de Mme Imbert au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°830 rectifié bis](#) de Mme Guillotin et *alii*.

Mme Véronique Guillotin. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1566 rectifié bis](#) de Mme Sollogoub et *alii*.

Mme Nadia Sollogoub. – Défendu.

Les amendements identiques n°s 92, 401 rectifié bis, 482 rectifié bis, 664, 830 rectifié bis et 1566 rectifié bis, acceptés par le Gouvernement, sont adoptés et l'article 21 decies est supprimé.

Les amendements n°s [1567 rectifié](#), [1445 rectifié](#), [568 rectifié](#) et les amendements identiques n°s [292 rectifié ter](#) et [554 rectifié bis](#) n'ont plus d'objet.

Article 22

Mme la présidente. – [Amendement n°1451 rectifié](#) de M. Canévet et *alii*.

Mme Nadia Sollogoub. – Préservons la transparence du financement hospitalier. L'article 22 supprime la distinction entre la dotation des missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (Migac) et les dépenses de molécules onéreuses. C'est un enjeu de confiance et de bonne gestion publique.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable. Les précisions relatives aux enveloppes régionales de crédits Migac sont bien maintenues. Par ailleurs, la commission a souhaité maintenir la

consultation des fédérations hospitalières dans l'attribution de ces dotations régionales, comme l'avait prévu l'Assemblée nationale. Cette transparence sur les dotations régionales nous semble apporter davantage de garanties aux établissements de santé.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Même avis. L'idée n'est pas d'opacifier le financement des établissements de santé, mais simplement de supprimer des dispositions redondantes.

La part des Migac est déjà bien identifiée dans les arrêtés de délégation des crédits annuels. Quant à la part des dépenses de molécules onéreuses, elle n'est connue qu'à la fin de l'année, au vu de l'activité réelle des établissements. Retrait, sinon avis défavorable.

L'amendement n°1451 rectifié est retiré.

Mme la présidente. – [Amendement n°469 rectifié](#) de M. Milon et *alii*.

M. Jean Sol. – La réforme du financement des activités de soins médicaux et de réadaptation (SMR) a accru l'écart tarifaire entre établissements. Il faudrait encadrer cet écart sur la base de critères objectifs définis par voie réglementaire.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1453 rectifié](#) de M. Canévet et *alii*.

Mme Nadia Sollogoub. – Cet écart tarifaire entre établissements doit être encadré.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – La tarification hospitalière doit être cohérente avec l'évolution des coûts des établissements et transparente. Mais fixer par voie réglementaire des limites aux différences de tarifs, eux-mêmes fixés par voie réglementaire, sans aucune précision, n'aurait guère de sens. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Même avis. La réforme a retenu deux méthodes de construction des tarifs. Pour le public, la tarification repose sur les coûts réels et la neutralité tarifaire. Pour le privé, la méthode intègre la structure de recettes historique afin d'éviter toute rupture de financement. Les écarts observés ne reflètent donc aucune iniquité de traitement, mais les équilibres propres à chaque secteur.

L'amendement n°469 rectifié est retiré.

Mme Nadia Sollogoub. – Il reste que le même acte, réalisé dans le public ou le privé, n'est pas payé de la même façon.

L'amendement n°1453 rectifié n'est pas adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°467 rectifié](#) de M. Milon et *alii*.

M. Khalifé Khalifé. – Je n'entre pas dans les détails, d'autant que je suis prêt à retirer cet amendement.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1463 rectifié](#) de M. Canévet et *alii*.

Mme Nadia Sollogoub. – Défendu.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Même avis. Le coefficient horaire neutralise la valorisation d'actes déjà payés par l'assurance maladie au titre du séjour : c'est justifié.

Les amendements identiques n°s 467 rectifié et 1463 rectifié sont retirés.

Mme la présidente. – [Amendement n°1199](#) de Mme Apourceau-Poly et du groupe CRCE-K.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Nous nous opposons à la réduction du périmètre de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général des établissements de santé, qui soutient la qualité des soins, la recherche, la formation des soignants et l'innovation.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Par cohérence avec le rejet de l'amendement n°1451 rectifié, il faut repousser également celui-ci, à moins qu'il ne soit retiré.

L'amendement n°1199 est retiré.

Mme la présidente. – [Amendement n°483 rectifié](#) de M. Milon et *alii*.

Mme Florence Lassarade. – Dans les petites villes, il est fréquent que les établissements publics et privés se partagent l'activité en constituant un groupement de coopération sanitaire (GCS). La mise en commun des moyens permet le maintien de l'offre de soins. Nous voulons qu'il reste possible de recourir à l'échelle tarifaire publique pour les activités ainsi mutualisées.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Les GCS facilitent les coopérations entre secteurs public et privé par la mutualisation de moyens, dont les autorisations d'activité.

La possibilité de choisir l'échelle tarifaire applicable au groupement peut entraîner des effets de bord financiers et des stratégies de détournement. Toutefois, la décision finale revient toujours à l'ARS.

Appliquer l'échelle publique, plus avantageuse, peut être un moyen d'inciter les acteurs locaux à coopérer : il ne faut pas exclure cette possibilité. Avis favorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – La coopération public-privé est dans l'intérêt des patients. Cet article en clarifie le cadre en prévoyant que les mêmes autorisations de soins doivent être mises en commun par au moins deux établissements. L'application de l'échelle publique reste possible.

Il s'agit essentiellement de prévenir les contournements consistant pour un établissement à bénéficier de l'échelle alors qu'il exploite seul une

activité confiée au GCS. L'avis du Gouvernement est donc plutôt défavorable.

L'amendement n°483 rectifié est adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°464 rectifié](#) de M. Milon et *alii*.

Mme Florence Lassarade. – M. Milon demande un rapport... (*On ironise à gauche.*)

Mme Raymonde Poncet Monge. – Un rapport !

Mme Florence Lassarade. – ...sur la psychiatrie.

La santé mentale a été déclarée grande cause nationale, mais sans effets sur la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie par l'assurance maladie. Alors que l'ouverture de nouvelles places a été largement sous-financée ces dernières années, plusieurs centaines de millions d'euros ont été affectés à des établissements ayant fermé des places. L'allocation des ressources est ainsi largement inefficace.

En outre, les ressources des établissements de psychiatrie sont structurellement moins importantes que celles des autres, le forfait journalier en psychiatrie s'établissant à 15 euros, contre 20 euros ailleurs. Il conviendrait de faire évoluer cette situation inéquitable.

M. Olivier Henno. – Bel exemple, monsieur Milon ! (*Sourires*)

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Je ne dérogerai pas à la règle, fût-ce pour M. Milon...

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Nous voterons l'amendement !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Facétieux ! Si notre avis est défavorable, il n'en reste pas moins nécessaire de suivre la réforme du financement des activités de psychiatrie engagée par la [loi de financement de la sécurité sociale pour 2020](#). L'annexe 6 du présent texte est trop lacunaire. En particulier, nous avons compris que le mécanisme de sécurisation des recettes visant à faciliter la transition vers le nouveau modèle serait prolongé jusqu'en 2028 sous une forme légèrement adaptée, mais la ministre peut-elle nous en dire plus ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Avis défavorable à la demande de rapport. Oui, le dispositif de sécurisation sera prolongé jusqu'en 2028. La réforme vise à harmoniser les modalités de financement, réduire les inégalités territoriales et soutenir la transformation du secteur. Les établissements ont l'impression que leurs financements baissent. Lorsque, d'un côté comme de l'autre, la réforme est jugée défavorable, c'est qu'on est sans doute sur la bonne voie...

L'amendement n°464 rectifié est retiré.

L'article 22, modifié, est adopté.

Après l'article 22

Mme la présidente. – [Amendement n°1216 rectifié](#) de M. Gay et du groupe CRCE-K.

Mme Céline Brulin. – Dans la continuité de la commission d'enquête sénatoriale de notre collègue Fabien Gay, renforçons la transparence des aides attribuées aux établissements privés. Plus précisément, nous voulons prendre en compte les dépenses mobilières et immobilières des groupes et holdings afin d'éviter que des groupes lucratifs ne bénéficient de fonds publics très au-delà de leurs besoins.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1585 rectifié bis](#) de M. Jomier et du groupe SER.

M. Pierre-Alain Roiron. – Pendant la crise de la covid, le maintien des recettes du secteur de la santé, durement éprouvé, a permis de garantir la pérennité des structures. Mais certaines aides avaient vocation à être restituées sur la base d'un bilan *a posteriori*. Or ce mécanisme n'a pas fonctionné dans le secteur privé lucratif.

Dans le contexte financier actuel, la transparence sur l'emploi des fonds publics doit être totale. La financiarisation permet des gains d'efficacité, mais il appartient au régulateur public de s'assurer que les aides versées profitent réellement au système de santé.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'arsenal existant permet le contrôle des établissements de santé privés. Au reste, leur contrôle financier ne ressortit pas au ministère, mais aux ARS, à l'Igas et à la Cour des comptes. Dans le [projet de loi Fraudes](#), le Sénat a répondu aux difficultés rencontrées par cette dernière pour obtenir communication de certains documents. Avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Je souscris à l'objectif de transparence. Dans cet esprit, les établissements doivent désormais tenir une comptabilité analytique. Mais le bénéfice raisonnable pris en compte dans l'estimation de la surcompensation dépend de plusieurs facteurs, dont le cycle d'investissement de l'entreprise. Le fixer de manière homogène au plan national n'est donc pas pertinent. Avis défavorable.

Les amendements identiques n°s 1216 rectifié et 1585 rectifié bis ne sont pas adoptés.

Mme la présidente. – [Amendement n°816 rectifié bis](#) de Mme Lermytte et *alii*.

M. Daniel Chasseing. – La Cour des comptes a mis en lumière un problème structurel de double valorisation de l'activité libérale effectuée à l'hôpital : valorisation par l'hôpital et honoraires liés à l'activité libérale. Ce système est propice à des abus de nature à fausser la concurrence entre établissements. La suppression de la valorisation pour l'hôpital serait source d'économies pour la sécurité sociale.

L'année dernière, nous avons généralisé la récupération des indus pour double facturation au sein des établissements médico-sociaux, lorsque la dotation de fonctionnement des structures inclut déjà les soins dispensés par les professionnels libéraux. Nous proposons d'étendre ce mécanisme aux établissements de santé.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Les modalités de tarification de l'activité libérale au sein des établissements publics soulèvent en effet des difficultés. Mais la récupération proposée serait préjudiciable aux établissements, aggravant leur situation financière et fragilisant leur capacité à fidéliser les médecins.

L'enjeu, c'est la revalorisation des tarifs hospitaliers. Lorsque les établissements publics ne souffriront plus d'un sous-financement structurel, nous pourrions réformer la tarification de l'activité libérale.

Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Même avis : nous avons décidé de limiter la récupération de ces indus à la radiothérapie, dont il sera question à l'article 22 *bis*.

L'amendement n°816 rectifié bis est retiré.

Mme la présidente. – [Amendement n°962 rectifié bis](#) de M. Buval et *alii*.

M. Dominique Théophile. – M. Buval suggère de prendre en compte les charges liées à l'éloignement et à l'insularité auxquelles font face les établissements ultramarins. En Guadeloupe ou en Martinique, les coefficients géographiques ne sont plus adaptés à la réalité des coûts. La ministre peut-elle confirmer qu'un groupe de travail associant parlementaires et acteurs hospitaliers va s'y pencher de près ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'esprit de l'amendement est satisfait, les coefficients géographiques étant conçus pour tenir compte des charges supplémentaires supportées en outre-mer. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Même avis. Les coefficients géographiques ont été récemment rehaussés. J'ai lancé un cycle de réunions associant les parlementaires. Retrait ?

M. Dominique Théophile. – Je suis parlementaire et je siège à la commission des affaires sociales... Contactez-moi !

L'amendement n°962 rectifié bis est retiré.

Mme la présidente. – [Amendement n°402 rectifié bis](#) de Mme Lassarade et *alii*.

Mme Florence Lassarade. – Les tarifs des prestations réalisés dans les établissements de santé privés sont fixés chaque année par arrêté ministériel. Mais cet arrêté est fréquemment publié avec plusieurs semaines de retard, quand ce ne sont pas des mois. Résultat : les rémunérations des médecins sont retardées, les remboursements des patients

compliqués, les trésoreries des établissements fragilisées.

Nous proposons que, tant que le nouvel arrêté n'est pas publié, les tarifs de l'année précédente restent en vigueur. Il s'agit d'éviter qu'un retard administratif ne bloque la facturation et la rémunération des soins et d'assurer ainsi la continuité du service aux patients.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°430 rectifié ter](#) de M. Levi et *alii*.

M. Daniel Fargeot. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°486 rectifié bis](#) de M. Milon et *alii*.

M. Laurent Somon. – Défendu.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis favorable. Ce retard nuit à la visibilité financière des établissements et les met en difficulté d'abord, leurs sous-traitants et fournisseurs ensuite. Les dispositions proposées ne s'appliqueront qu'en l'absence de publication des tarifs au 1^{er} mars. C'est une sage précaution.

Par ailleurs, le protocole de financement 2025-2028, censé donner de la visibilité aux établissements, n'a toujours pas été signé.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Ces amendements montrent l'importance que nous ayons un budget avant la fin de l'année.

Mme Sophie Primas. – Nous en sommes bien convaincus. Allez le dire à d'autres !

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Nous avons commencé à travailler pour pouvoir annoncer ces tarifs début janvier. C'est notamment pour pouvoir poursuivre ces travaux dans les meilleures conditions que le Premier ministre a proposé de relever l'Ondam de 1 milliard d'euros. Mais si les amendements sont adoptés et qu'il n'y a pas de budget, la situation sera très complexe. Pour cette raison, avis défavorable.

M. Olivier Rietmann. – Les entreprises qui fournissent les hôpitaux pâtissent de longs retards de paiement. Le travail mené sur ce sujet par la délégation aux entreprises a montré que 30 % des retards de paiement sont le fait d'entités publiques, essentiellement les hôpitaux, du fait de leur manque de trésorerie. Or ces retards accroissent le risque de défaillance des entreprises – de 40 % au-delà de soixante jours. Je voterai résolument ces amendements.

Mme Cathy Apurceau-Poly. – Très bien !

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Nous sommes conscients des implications pour l'économie locale. Nous avons libéré une créance de 750 millions d'euros pour permettre aux établissements de santé d'avoir de la trésorerie en fin d'année.

Les amendements identiques n°402 rectifié bis, 430 rectifié ter et 486 rectifié bis sont adoptés et deviennent un article additionnel.

Mme la présidente. – [Amendement n°872 rectifié bis](#) de Mme Bourguignon et *alii*.

Mme Brigitte Bourguignon. – Je sollicite un rapport, m'appuyant sur la jurisprudence de M. Milon...

Les CMP de pédopsychiatrie sont saturés : les délais atteignent parfois un an pour des enfants atteints de troubles du langage ou d'autisme. En pratique, les équipes demandent aux parents de compléter les soins avec un orthophoniste libéral. Or la Cnam conteste ces doubles prises en charge. Nous demandons un travail ciblé sur ce point précis : recensement des pratiques, mesure des conséquences sur les enfants, propositions de clarification. L'absence de cadre sécurisé met en péril les CMP, les orthophonistes et la prise en charge des enfants.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Le débat sur l'amendement n°1312, que nous avons adopté, nous a permis de traiter ce sujet. Avis défavorable à cette demande de rapport.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Le débat a eu lieu précédemment. Retrait, sinon avis défavorable.

L'amendement n°872 rectifié bis est retiré.

Mme la présidente. – [Amendement n°1200](#) de M. Corbisez et du groupe CRCE-K.

Mme Silvana Silvani. – M. Corbisez souligne que l'introduction de la tarification à l'activité comme mode de financement de l'hôpital public a eu des effets délétères, conduisant à la réorganisation des soins en fonction de la rémunération des actes. Cette critique est largement partagée, tant par les soignants, dépossédés de leur art, que par les administrations hospitalières, portées à maximiser les actes. Elle est encore plus fondée dans le domaine des soins critiques, où les moyens à mettre en œuvre ne sont pas prévisibles.

Il est essentiel que nous puissions faire évoluer ce cadre sur des bases statistiques solides ; c'est le sens de cette demande de rapport. Au-delà de la réponse négative qui nous sera faite, saisissons-nous de ce sujet !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Nous déplorons que la réforme du financement des soins critiques se fasse attendre et que les acteurs hospitaliers manquent de visibilité. Le Gouvernement doit relancer les travaux sur ce sujet en tenant compte de la réforme en cours des autorisations d'activité. Avis défavorable, s'agissant d'un rapport.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Les travaux sont engagés avec les représentants des médecins-réanimateurs et anesthésistes en vue de proposer une nouvelle architecture de financement des soins critiques en 2026. Avis défavorable.

Mme Silvana Silvani. – Nous participerons volontiers à ces travaux, si nous sommes invités.

L'amendement n°1200 n'est pas adopté.

Article 22 bis

Mme la présidente. – [Amendement n°106](#) de M. Henno.

M. Olivier Henno. – Nous voulons supprimer cet article, qui met fin au remboursement par l'assurance-maladie des prestations de radiothérapie réalisées par un praticien hospitalier dans le cadre de son activité libérale. Un problème de double tarification se pose, mais cette réponse n'est pas la bonne. Laissons les travaux sur la réforme du financement de la radiothérapie se poursuivre.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°665](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1082 rectifié bis](#) de M. Daubet et *alii*.

Mme Véronique Guillotin. – Défendu.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Avis défavorable. Je serai favorable à la suppression de l'article suivant, qui va beaucoup plus loin. Nous souhaitons maintenir la mesure qui concerne la radiothérapie, dont le financement a été réformé, pour assurer la cohérence du cadre tarifaire et renforcer la transparence de la facturation. La réforme entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2027 pour laisser aux établissements le temps de s'adapter.

Les amendements identiques nos 106, 665 et 1082 rectifié bis sont adoptés et l'article 22 bis est supprimé.

Article 22 ter

Mme la présidente. – [Amendement n°107](#) de M. Henno

M. Olivier Henno. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°666](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'article 22 ter réduit les remboursements en cas de facturation d'honoraires par des praticiens hospitaliers exerçant à titre libéral. Cette mesure dégradera encore la situation financière des établissements publics. L'augmentation des tarifs hospitaliers est un préalable à toute évolution en la matière. La commission est prête à travailler sur le sujet lorsque le Gouvernement garantira aux hôpitaux publics un financement à la hauteur des besoins.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1083 rectifié bis](#) de M. Daubet et *alii*.

M. Raphaël Daubet. – Défendu.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Avis favorable.

Les amendements identiques nos 107, 666 et 1083 rectifié bis sont adoptés et l'article 22 ter est supprimé.

Les amendements identiques nos [254 rectifié ter](#), [364 rectifié ter](#) et [1665 rectifié ter](#) n'ont plus d'objet.

Article 23 (Supprimé)

Mme la présidente. – [Amendement n°224 rectifié](#) de M. Iacovelli et du RDPI.

M. Jean-Baptiste Lemoyne. – L'entrée en vigueur de la protection sociale complémentaire dans la fonction publique devait se faire au 1^{er} janvier 2026. Nous voyons bien que ce calendrier ne pourra être honoré. Nous proposons de repousser cette échéance au 1^{er} juillet 2027.

Mme la présidente. – [Amendement n°184 rectifié](#) de M. Iacovelli et du RDPI.

M. Jean-Baptiste Lemoyne. – Amendement de repli, visant le 1^{er} janvier 2027.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°667](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Il s'agit en effet de prévoir une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2027. Avis défavorable à l'amendement n°224 rectifié.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – David Amiel et moi lancerons les concertations dans les prochains jours. Le 1^{er} janvier 2027, ce serait un peu tôt. Sagesse sur les amendements identiques, mais avis favorable à l'amendement n°224 rectifié.

L'amendement n°224 rectifié est retiré.

Mme Annie Le Houerou. – Nous aurions préféré le 1^{er} janvier 2027, pour que la réforme entre en vigueur au plus tôt.

Les amendements identiques nos 184 rectifié et 667 sont adoptés et l'article 23 est rétabli.

Article 24

M. Khalifé Khalifé. – Je salue les améliorations apportées par notre commission à cet article, mais regrette que mon amendement visant à éclairer la prise de décision en demandant au Gouvernement une étude d'impact populationnelle par région sur les délais d'accès aux examens d'imagerie médicale n'ait pas été adopté. Cette étude aurait permis de renforcer la connaissance et la planification de l'offre d'imagerie en vue d'améliorer l'accès aux soins et la maîtrise des dépenses. De fait, les délais présentent de fortes disparités régionales, entraînant parfois des pertes de chances pour les patients.

Mme Anne Souyris. – Quand nous avons vu l'article 24, nous nous sommes réjouis que le PLFSS

aborde enfin la question de la financiarisation de la santé. Mais quel dommage qu'il se soit cantonné à cette seule mesure ! D'autres pistes existent – *confer* la proposition de loi que je déposerai prochainement.

Quelles mesures avez-vous prévues pour garantir l'accès aux soins dans le cas où la baisse unilatérale de tarifs entraînerait une sortie massive de professionnels de l'Optam (option de pratique tarifaire maîtrisée) ?

Mme la présidente. – [Amendement n°194 rectifié bis](#) de Mme Lassarade et *alii*.

Mme Florence Lassarade. – L'article 24 remet profondément en cause la médecine libérale, en privant les représentants des professionnels de santé de toute réelle capacité de négociation avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam).

Cette mesure coercitive, censée cibler de prétendues « rentes », risque de se voir à terme généralisée à l'ensemble des professions, alors que les tarifs des actes médicaux sont notoirement sous-évalués en France. Elle se traduirait par une déstabilisation de la filière santé, et une perte de chances pour les patients, un désinvestissement dans des secteurs tels que la cancérologie, la radiologie ou la biologie médicale.

Les syndicats représentatifs des médecins spécialistes appellent à la reprise de la négociation. Supprimons cet article.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°240 rectifié ter](#) de Mme Devésa et *alii*.

Mme Brigitte Devésa. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°263 rectifié quater](#) de M. Milon et *alii*.

M. Jean Sol. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°431 rectifié ter](#) de M. Levi et *alii*.

M. Daniel Fargeot. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°571](#) de M. Khalifé.

M. Khalifé Khalifé. – Gare à ne pas aggraver le phénomène de financiarisation en affaiblissant les structures libérales classiques, qui risquent de jeter l'éponge et d'être reprises par de grands groupes, qui auront alors un monopole.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Je récusé le terme de « rente » qui témoigne du peu de considération accordée aux professionnels de santé. Pour autant, avis défavorable aux amendements de suppression.

Une politique unilatérale de baisse de prix fondée uniquement sur la rentabilité serait contre-productive.

La politique des coups de rabot peut favoriser le rachat des structures indépendantes par de grands

groupes ; les mesures de régulation encouragent la concentration, donc la financiarisation.

Je rappelle notre attachement à la négociation conventionnelle.

La commission a préféré supprimer la possibilité pour le directeur de l'Uncam de procéder à des baisses de tarifs unilatérales.

M. Olivier Rietmann. – Bravo !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Luttons contre les abus, sans jeter l'opprobre sur toute une profession.

Cet article porte également la réforme du financement de la radiothérapie, souhaitée par les professionnels. Retrait, sinon défavorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Il est très important de ne pas supprimer cet article !

On ne peut pas dénoncer la financiarisation et laisser filer les rentes excessives. Je ne stigmatise aucun secteur, mais certains affichent des taux de rentabilité de 20 à 30 %. Il faut examiner cela à la loupe avec les professionnels, en associant les syndicats, secteur par secteur et type d'acteur par type d'acteur.

Ainsi, il y aura un constat partagé. Des négociations entre les professionnels et la Cnam auront alors lieu pour corriger ces rentes excessives. En cas d'échec de ces négociations, le directeur de la Cnam pourra décider de baisser les tarifs.

Cela aggraverait la financiarisation ? Le [rapport Igas-IGF](#) de juillet dernier sur la biologie montre que les plus petites structures ont mieux résisté à la baisse des tarifs de biologie que les grands groupes.

Nous cherchons à embarquer les professionnels pour tenter de réguler les taux de rentabilité excessifs.

Avis très défavorable à la suppression de l'article.

Mme Micheline Jacques. – Je suis rassurée de vous entendre dire qu'il faut travailler territoire par territoire, secteur par secteur.

À Saint-Barthélemy, la réforme des laboratoires de biologie médicale nous a fait revenir vingt-cinq ans en arrière : le petit laboratoire ne supportait plus les coûts des analyses ; il a été racheté par un grand groupe qui ne fait plus que du prélèvement, et les résultats des analyses, réalisées en Guadeloupe, ne sont disponibles qu'une semaine plus tard.

La collectivité s'était engagée dans un partenariat public-privé pour maintenir un scanner à Saint-Barthélemy, qui n'a jamais été déficitaire depuis son installation. Il faut faire de la dentelle. Soyons vigilants.

Les amendements identiques nos 194 rectifié bis, 240 rectifié ter, 263 rectifié quater, 431 rectifié ter et 571 ne sont pas adoptés.

Mme la présidente. – [Amendement n°669](#) de Mme Imbert au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cet amendement supprime la dérogation au principe conventionnel prévu par cet article concernant les modalités de détermination du prix des forfaits techniques en imagerie. Les baisses de tarifs décidées par le directeur de l'Uncam en octobre 2025 constituent une première étape nécessaire dans l'objectif de maîtrise des dépenses. Ces décisions doivent être intégrées par les acteurs du secteur avant toute nouvelle modification.

Mme la présidente. – [Amendement n°474 rectifié](#) de M. Milon et *alii*.

M. Jean Sol. – La convention médicale constitue l'instrument essentiel de dialogue et d'adaptation du système de soins aux évolutions médicales, économiques et sociales. Or la possibilité de baisses unilatérales de tarifs s'écarte de cette logique partenariale.

Nous réaffirmons ici la primauté du cadre conventionnel.

Le Haut Conseil des nomenclatures est reconnu comme référence scientifique. Inscrivons clairement cette instance au sein du processus.

Mme la présidente. – [Amendement n°670](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Nous supprimons la possibilité pour le directeur de l'Uncam de baisser unilatéralement les tarifs des actes en cas de rentabilité excessive. Nous conservons en revanche le mécanisme d'identification de ces situations, en y associant les professionnels concernés.

Dans le secteur de la biologie, les protocoles se sont révélés efficaces pour maîtriser les dépenses.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1522 rectifié bis](#) de Mme Guillotin et *alii*.

Mme Véronique Guillotin. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement n°261 rectifié ter](#) de M. Milon et *alii*.

Mme Florence Lassarade. – L'article 24 est une attaque majeure contre la médecine libérale, car il remet en cause la négociation et la convention médicale. Six spécialités sont ciblées pour de prétendues « rentes ». Les professionnels de santé n'ont plus le droit que d'être en accord avec l'Uncam – qui n'analyse pas de façon subtile les économies possibles selon les territoires sans nuire à l'offre de soins.

Les rabots ne feraient que renforcer les distorsions existantes, en fragilisant les soins les moins rentables et en stimulant la financiarisation...

Privilégions la pertinence des prises en charge et des parcours de soins, plutôt que les baisses tarifaires aveugles.

La négociation suppose la confiance. Cet amendement de repli supprime le pouvoir de décision unilatéral du directeur de l'Uncam de baisser les tarifs, qui est le point le plus critiquable du dispositif.

Mme la présidente. – [Amendement n°900 rectifié quater](#) de Mme Joseph et *alii*.

M. Laurent Somon. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1120 rectifié bis](#) de Mme Havet et *alii*.

L'amendement n°1120 rectifié bis n'est pas défendu.

Mme la présidente. – [Amendement n°1680 rectifié](#) de M. Lurel et du groupe SER.

M. Jean-Luc Fichet. – Cet amendement introduit un coefficient territorial applicable aux départements et régions d'outre-mer. Les activités des soins y coûtent plus cher en raison des surcoûts liés à l'insularité, à l'éloignement et à l'étroitesse des marchés locaux.

Cela influence les niveaux de rentabilité, même si certaines activités demeurent très rentables. L'évaluation prévue devra intégrer les spécificités territoriales.

Mme la présidente. – [Amendement n°668](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Il s'agit du report de l'entrée en vigueur de la réforme de la tarification de la radiothérapie.

Mme la présidente. – [Amendement n°255 rectifié](#) de Mme Bonfanti-Dossat et *alii*.

L'amendement n° 255 rectifié n'est pas défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1676](#) de Mme Poumirol et du groupe SER.

Mme Corinne Féret. – La forfaitisation des actes de radiothérapie était attendue de longue date. Il s'agit d'homogénéiser les tarifs entre les secteurs de ville et l'hôpital. Cet amendement alerte sur les risques que cette baisse tarifaire des actes ferait peser sur le secteur hospitalier, en compromettant la capacité des établissements à investir et innover. Il a été travaillé avec Unicancer.

Mme la présidente. – [Amendement n°262 rectifié bis](#) de M. Milon et *alii*.

Mme Florence Lassarade. – Amendement de repli.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1482 rectifié bis](#) de M. Longeot et *alii*.

M. Daniel Fargeot. – Défendu.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis favorable aux amendements n°900 rectifié quater et

1680 rectifié. Demande de retrait des amendements n^{os}474 rectifié, 261 rectifié *ter*, 262 rectifié *bis* et 1482 rectifié *bis*. Avis défavorable à l'amendement n^o1676.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Avis défavorable aux amendements n^{os}669 et 474 rectifié, qui ont pour objet le « forfait technique ». Selon l'Igas, l'imagerie a une surtarification de 170 %. (Mme Raymonde Poncet Monge s'exclame.) L'assurance maladie finance sur cinq ans l'amortissement d'une machine qui est amortie sur trois ans ! C'est ce que vient corriger cet article.

Les amendements n^{os}670, 1522 rectifié *bis* et 261 rectifié *ter* suppriment la décision du directeur général de l'Uncam en cas d'échec des négociations. Mais que fait-on si, malgré un diagnostic partagé, les professionnels refusent de baisser leurs tarifs, après six mois de négociation ? *In fine*, quelqu'un doit prendre la responsabilité de baisser les tarifs. (Mme Raymonde Poncet Monge acquiesce.) Ce n'est pas une fin en soi : la table de négociation reste ouverte, car les décisions unilatérales peuvent avoir des effets de bord. Mais on ne peut laisser perdurer un tel taux de rentabilité.

Pour les amendements n^{os}900 rectifié *quater* et 1680 rectifié relatifs aux outre-mer, nous appliquerons des coefficients et ajusterons les baisses de tarifs avec une majoration spécifique. Demande de retrait, car satisfaits.

Avis défavorable à l'amendement n^o668 qui ferait perdre une économie de 100 millions d'euros attendue de la baisse des tarifs de radiologie.

L'amendement n^o1676 est satisfait : c'est le sens de la réforme du financement par forfait. Retrait.

Avis favorable en revanche aux amendements identiques n^{os}262 rectifié *bis* et 1482 rectifié *bis*.

M. Laurent Somon. – La décision unilatérale du directeur de l'Uncam sur les tarifs aurait des conséquences sur l'installation des jeunes radiologues et rhumatologues, qui manquent pourtant cruellement dans nos territoires.

Il faut tenir compte de la différenciation territoriale. Le dérapage des dépenses est aussi lié au vieillissement de la population... Les professionnels de santé savent qu'il faut contrôler les dépenses, mais la demande de soins augmente. Si le nombre de radiologues baisse, qu'ils n'ont plus la même rentabilité, il y aura un déficit de soins, la santé sera moins bien rendue. Il faut responsabiliser les deux parties.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – C'est pourquoi il faut que les négociations aboutissent, quitte à avancer par paliers. C'est aussi le meilleur moyen d'éviter les effets de bord – par exemple sur les échographies, dont la rentabilité n'est pas excessive.

Comment faire si, à la fin des négociations, aucun des professionnels ne souhaite baisser les tarifs ? (Mme Raymonde Poncet Monge s'exclame.)

M. Jean-Baptiste Lemoyne. – Les médecins vasculaires de l'Yonne s'inquiètent. La spécialité est menacée par un effet ciseau : un echo Doppler coûte jusqu'à 100 000 euros, or les honoraires ont déjà baissé de 50 %. La profession peine à attirer. À la fin, les patients trinquent. Les amendements proposés apaiseront les craintes.

Mme Anne Souyris. – Baisser les tarifs des activités trop lucratives permet à la sécurité sociale de gagner de l'argent et enclenche un cercle vertueux. Mais ne risque-t-on pas de favoriser les dépassements, voire la sortie de l'Optam ? Comment l'éviter, tout en combattant la financiarisation ?

M. Jean-Luc Fichet. – On amortit un investissement sur cinq ans alors qu'il est remboursé au bout de trois, dites-vous ? Les sociétés perçoivent donc de l'argent indûment pendant deux ans. Cela vaut aussi pour des investissements immobiliers de cliniques privées. Pas besoin de loi ni même de négociation : l'assurance maladie n'a pas à payer sur cinq ans, mais sur trois.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Nous débattons des dépassements à l'article 26.

Les établissements de santé privés ont un taux de rentabilité de 5 % ou 6 % ; ici, nous parlons de secteurs où ce taux atteint 30 % !

L'amendement n^o669 est adopté.

L'amendement n^o474 rectifié n'a plus d'objet.

Les amendements identiques n^{os}670 et 1522 rectifié bis sont adoptés.

L'amendement n^o261 rectifié ter n'a plus objet.

Les amendements n^{os}900 rectifié quater, 1680 rectifié et 668 sont adoptés.

Les amendements n^{os} 1676, 262 rectifié bis et 1482 rectifié bis n'ont plus d'objet.

M. Laurent Somon. – Je voterai cet article, mais souligne un autre effet de bord. Le directeur de l'Uncam pourra ne pas respecter les conventions qui permettent un pourcentage d'activités libre – 23 %, par exemple, dans le secteur 2 pour les rhumatologues. S'ils dépassent, ils devront passer en secteur 1, sans avoir la possibilité de revenir en secteur 2... (Mme Stéphanie Rist le conteste.) Le directeur de l'Uncam n'a pas à contrevenir à la convention signée entre la caisse et les rhumatologues !

L'article 24, modifié, est adopté.

Après l'article 24

Mme la présidente. – [Amendement n^o264 rectifié bis](#) de M. Milon et *alii*.

M. Khalifé Khalifé. – Donnons une assise législative aux protocoles triennaux conclus entre l'assurance maladie et les syndicats représentatifs des

laboratoires privés d'analyse médicale. Il s'agit de moderniser le dialogue en offrant un cadre juridique clair.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Retrait, sinon avis défavorable. Il n'est pas opportun de le préciser dans la loi. Une convention a été signée le 20 décembre 2024.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Même avis.

L'amendement n°264 rectifié bis est retiré.

Mme la présidente. – [Amendement n°1771](#) de M. Lurel et du groupe SER.

Mme Annie Le Houerou. – Cette demande de rapport incite à réviser les coefficients de majoration du prix de vente des médicaments dans les départements d'outre-mer afin d'objectiver les surcoûts réels supportés par les officines. Les médicaments et matériels médicaux y sont plus onéreux – jusqu'à 17 % de plus selon les territoires. Pourtant un arrêté de 2008 applique encore des majorations allant de 26 % à 43 % ! Cela paraît disproportionné ; ces majorations doivent être objectivées et régulièrement révisées, afin de réduire le coût des produits de santé outre-mer.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Certains coûts d'approvisionnement sont structurellement élevés. Avis défavorable, s'agissant d'une demande de rapport. Les évaluations de rentabilité prévues à l'article 24 pourront également porter sur les produits de santé.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Avis défavorable.

Mme Catherine Conconne. – Cela fait des années qu'il y a inadéquation entre les coûts supportés par les hôpitaux et les véritables tarifs. La situation n'a pas bougé – depuis que Roselyne Bachelot était ministre de la santé ! Les déficits se creusent, les hôpitaux connaissent des difficultés de trésorerie. Et comme ma sœur Anne, on ne voit rien venir. Et chaque année, nous entendons les mêmes réponses...

L'amendement n°1771 n'est pas adopté.

La séance est suspendue quelques instants.

Article 24 bis

Mme la présidente. – [Amendement n°110](#) de M. Henno.

M. Olivier Henno. – Par cet amendement de suppression, nous manifestons une nouvelle fois notre intérêt pour les négociations conventionnelles et notre opposition aux baisses unilatérales de tarifs.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°193 rectifié bis](#) de Mme Lassarade et *alii*.

Mme Florence Lassarade. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°241 rectifié quinquies](#) de Mme Devésa et *alii*.

Mme Brigitte Devésa. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°475 rectifié ter](#) de M. Milon et *alii*.

M. Jean Sol. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°671](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1483 rectifié bis](#) de M. Longeot et *alii*.

L'amendement n°1483 rectifié bis n'est pas défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1524 rectifié bis](#) de Mme Guillotin et *alii*.

Mme Véronique Guillotin. – Défendu.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Avis favorable.

Les amendements identiques n°s 110, 193 rectifié bis, 241 rectifié quinquies, 475 rectifié ter, 671 et 1524 rectifié bis sont adoptés et l'article 24 bis est supprimé.

Article 25

Mme la présidente. – [Amendement n°672](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – D'après le rapporteur général de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, cet article n'est pas jugé nécessaire par le directeur général de la Cnam Supprimons-le.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Retrait, sinon avis défavorable. Par cet article nous voulons assurer la maîtrise des dépenses d'assurance maladie dans le secteur le plus dynamique, les soins dentaires, en négociant avec les professionnels. Une telle démarche a fonctionné pour le transport sanitaire pour des dépenses à la fois plus efficaces et plus pertinentes.

L'amendement n°672 est adopté et l'article 25 est supprimé.

L'amendement n°1092 rectifié bis n'a plus d'objet.

Après l'article 25

Mme la présidente. – [Amendement n°1559 rectifié bis](#) de M. Mérillou et *alii*.

Mme Catherine Conconne. – Les zones FRR sont confrontées à des difficultés structurelles d'accès aux soins. Le taux de la densité de médecins généralistes y est inférieur de 20 % à la moyenne nationale – pour les spécialistes c'est 40 %.

La fermeture de la maternité de Sarlat, en Dordogne, impose ainsi aux patientes de parcourir

plus de 90 km pour accoucher, avec un temps de trajet moyen d'une heure trente.

Il faut une meilleure adaptation des mécanismes conventionnels aux réalités rurales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – À l'initiative du Sénat, les accords de maîtrise de dépense doivent déjà contenir des objectifs quantitatifs et qualitatifs en matière de répartition territoriale de l'offre de soins, aux termes de [l'article L. 162-12-18](#) du code de la santé publique.

Par ailleurs, la baisse des tarifs de transport sanitaire proposée intervient trop tard, puisque la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 la prévoyait jusqu'au 31 octobre 2025. Avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Avis défavorable, pour les mêmes raisons.

L'amendement n°1559 rectifié bis n'est pas adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°1081 rectifié bis](#) de M. Daubet et *alii*.

M. Raphaël Daubet. – Nous demandons un rapport sur l'état de la santé bucco-dentaire en France et ses conséquences financières, insuffisamment documentées. Il faudrait notamment évaluer les effets des récents déremboursements et de l'augmentation du ticket modérateur.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Sans surprise, avis défavorable à cette demande de rapport. Pour autant, la santé bucco-dentaire est un enjeu trop souvent sous-estimé. La [proposition de loi](#) récemment adoptée par le Sénat créant la fonction d'assistant en santé bucco-dentaire est une réponse intéressante.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Monsieur Daubet, je sais votre intérêt sur ce sujet, dont témoigne votre proposition de loi. Je regrette que le Sénat ait supprimé l'article précédent, qui misait précisément sur la prévention dans ce domaine. Retrait, sinon avis défavorable.

Sur les déremboursements, pas moins de 96 % des assurés disposent d'une complémentaire, donc d'un accès aux soins.

L'amendement n°1081 rectifié bis est retiré.

Article 25 bis

Mme la présidente. – [Amendement n°112](#) de M. Henno.

M. Olivier Henno. – Supprimons cet article peu justifié, aux critères flous et aux mécanismes coercitifs.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°403 rectifié bis](#) de Mme Lassarade et *alii*.

Mme Florence Lassarade. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°491 rectifié bis](#) de M. Milon et *alii*.

M. Khalifé Khalifé. – Je souhaite rappeler un terme malheureusement dépassé : la maîtrise médicalisée des dépenses de la santé. Quand on parle de financiarisation, il existe maintenant des holdings, dont une rassemble jusqu'à 400 implantations réunies au sein de 159 structures juridiques avec des transferts d'argent de l'une à l'autre... *Quid des contrôles ?*

Mme la présidente. – [Amendement identique n°673](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Défendu.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Sagesse. Je suis réservée sur l'élargissement des accords de maîtrise des dépenses et il y a un enjeu d'accès aux soins. D'autre part, l'enjeu de la pertinence est moins flagrant que pour le protocole dentaire que vous avez malheureusement supprimé...

Les amendements identiques n°s 112, 403 rectifié bis, 491 rectifié bis et 673 sont adoptés et l'article 25 bis est supprimé.

Article 26 (Supprimé)

Mme la présidente. – [Amendement n°1609](#) de Mme Souyris et *alii*.

Mme Anne Souyris. – Cet amendement rétablit l'article 26 instaurant une surcotisation sur les dépassements d'honoraires dans une version légèrement modifiée. En dix ans, le montant total des dépassements a grimpé d'environ 1 milliard d'euros. Cela réduit l'accès aux soins dans les spécialités où ils se concentrent : chirurgie, ophtalmologie, anesthésie, radiodiagnostic et imagerie médicale. Comme les députés Yannick Monnet et Jean-François Rousset l'ont montré, les dépassements d'honoraires creusent aussi les écarts de revenus entre les spécialités.

Là où le Gouvernement se réservait la possibilité de fixer le taux de cette surcotisation, nous la fixons dans la loi à 5 %.

Mme la présidente. – [Amendement n°1692](#) de Mme Le Houerou et du groupe SER.

Mme Annie Le Houerou. – Nous réintroduisons une version modifiée de l'article en réservant la surtaxe au secteur 2 hors Optam, pour ne pas désinciter les médecins à pratiquer des dépassements raisonnables.

La proportion du secteur 2 et les montants augmentent, mais de manière très variable selon les territoires. À Paris, le taux moyen de dépassement atteint 109 %, contre 10 % dans l'Aveyron.

Les dépassements guident les choix d'installation toujours vers les zones solvables, ce qui accentue la fracture entre zones modestes et zones plus favorisées.

En 2024, les dépassements d'honoraires des spécialistes libéraux ont atteint 4,3 milliards d'euros – avec une hausse de 5 % par an en valeur réelle depuis 2019.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Augmenter la cotisation de tout le secteur 2 comme le préconise l'amendement n°1609 fera augmenter proportionnellement les dépassements de tous les praticiens concernés. Il serait préférable de ne surtaxer que les dépassements d'honoraires abusifs.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Donc cela existe ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Je n'ai jamais dit le contraire. Faut-il punir toute la classe, ou seulement les mauvais élèves ? Enfin, une bonne part des dépassements s'explique par l'absence de revalorisation et par la hausse des charges professionnelles. Avis défavorable.

Sur l'amendement n°1692, surtaxer le secteur 2 hors Optam n'apportera de solution ni aux professionnels de santé ni aux patients. Quatre spécialités concentrent les dépassements d'honoraires excessifs. Avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Il y a 25 000 spécialistes en secteur 2, soit huit spécialistes sur dix, dont 50 % en Optam. En 2024, on compte 4,5 milliards d'euros de dépassements d'honoraires.

Pas question de dire que tous les praticiens pratiquent des dépassements d'honoraires excessifs, mais nos concitoyens nous rapportent parfois des opérations dont les tarifs manquent de « tact et mesure ». Notre intention n'est pas de pénaliser le secteur 2, mais de renforcer le lien conventionnel de l'Optam pour maîtriser ces dépassements d'honoraires avec « tact et mesure ».

Le récent rapport de Yannick Monnet et Jean-François Rousset invite à retravailler ce sujet. J'ai demandé l'ouverture de discussions avec la Cnam, les usagers et les professionnels. Nous pourrions envisager un plafonnement, discuter de son montant et des possibilités de dérogation.

Pas de stigmatisation, mais il faut regarder la réalité en face, pour une remise à plat. Sagesse sur l'amendement n°1692 ; avis défavorable à l'amendement n°1609.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Madame la rapporteure, vous ne voulez pas qu'à cause de mauvais élèves on taxe tout le monde.

Mais tout à l'heure nous vous avons proposé de lutter contre la rentabilité excessive en radiothérapie. N'est-ce pas là de mauvais élèves ? Dans quatre secteurs, le taux de rentabilité est de 20 à 25 % ! Si le directeur de la Cnam veut faire quelque chose, on le menotte – ce n'est pas la même chose avec l'Unédic quand les négociations n'aboutissent pas...

Dire qu'il y a une rentabilité excessive ne revient pas à traiter des secteurs entiers de rentiers.

On ferait mieux de taxer les rentabilités excessives sur ces quatre secteurs et revaloriser la gériatrie, la psychiatrie et la pédiatrie. J'ai un petit-fils étudiant en médecine : il me dit qu'il est le seul à vouloir être pédiatre, car ce n'est pas assez rentable !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Les dépassements excessifs peuvent être sanctionnés par l'assurance maladie – même si cette disposition n'est pas souvent appliquée.

L'amendement n°1609 n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°1692.

Article 26 bis

Mme la présidente. – [Amendement n°16 rectifié](#) de M. Pellevat et *alii*.

M. Marc Laménie. – Nous voulons supprimer cet article, qui, en conditionnant le remboursement au statut du prescripteur, fait peser sur les patients un reste à charge intégral en fonction du secteur d'exercice du médecin et non de l'acte : c'est une rupture injustifiée entre assurés, notamment dans les territoires sous dotés. Cela aggraverait les inégalités. Cela serait contreproductif, engendrant renoncement ou retard des soins, report vers l'hôpital ou les urgences, surcoût pour l'assurance maladie. Cela rompt avec la neutralité du régime de remboursement.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°114](#) de M. Henno.

M. Olivier Henno. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°149 rectifié bis](#) de Mme Guillotin et *alii*.

Mme Véronique Guillotin. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°168 rectifié ter](#) de Mme Deseyne et *alii*.

Mme Pascale Gruny. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°225](#) de Mme Micouneau.

L'amendement n°225 n'est pas défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°242 rectifié quinquies](#) de Mme Devésa et *alii*.

Mme Brigitte Devésa. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°674](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°767 rectifié bis](#) de Mme Goulet et *alii*.

L'amendement n°767 rectifié bis n'est pas défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1069 rectifié bis](#) de M. Séné et *alii*.

Mme Annick Petrus. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1299 rectifié bis](#) de M. Sol et *alii*.

M. Jean Sol. – Défendu.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Sagesse. Peu de médecins sont déconventionnés. J'espère qu'on réussira à renouer la confiance pour qu'il y en ait encore moins ; 50 % d'entre eux ont des activités spéciales.

Imaginons un patient qui consulte un tabacologue déconventionné : il ne pourrait plus se faire rembourser son Nicotinell. Certains diraient qu'il peut aller voir un médecin conventionné... Notons que les déconventionnés sont plus souvent installés dans les métropoles.

Mme Anne Souyris. – Le GEST ne votera pas ces amendements de suppression d'un article inspiré du rapport Monnet-Rousset qui incite les médecins à sortir du secteur 3 et à revenir dans le conventionnement. Il faut maîtriser l'envol des dépassements d'honoraires. La droite serait-elle contre les économies de dépenses ?

Mme Raymonde Poncet Monge. – Rappelons que les médecins non conventionnés échappent entièrement aux dispositifs de régulation : mise sous objectif, accords préalables, maîtrise des prescriptions... Pendant ce temps, les médecins conventionnés se voient contrôler leurs indemnités journalières, leurs prescriptions d'antidépresseurs, ou encore l'évolution de leurs volumes. Pas de maîtrise médicalisée – pour reprendre les mots de M. Khalifé – pour les déconventionnés, mais leurs prescriptions ouvrent droit au remboursement. Comment est-ce possible ?

Les amendements identiques n°s 16 rectifié, 114, 149 rectifié bis, 168 rectifié ter, 242 rectifié quinquies, 674, 1069 rectifié bis et 1299 rectifié bis sont adoptés et l'article 26 bis est supprimé.

Les amendements n°s [788 rectifié](#) et [1100 rectifié bis](#) n'ont plus d'objet.

Article 26 ter

Mme la présidente. – [Amendement n°115](#) de M. Henno.

M. Olivier Henno. – Une révision de la nomenclature des actes et des prestations est en cours. Inutile d'augmenter la pression : supprimons l'article.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°675](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Défendu.

Les amendements identiques n°s 115 et 675, acceptés par le Gouvernement, sont adoptés et l'article 26 ter est supprimé.

Article 26 quater

Mme la présidente. – [Amendement n°116](#) de M. Henno.

M. Olivier Henno. – Défendu.

M. le président. – [Amendement identique n°676](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Des révisions plus régulières de la nomenclature sont nécessaires, mais la loi le prévoit déjà, tous les cinq ans. Le Haut Conseil des nomenclatures a permis d'introduire de nouveaux actes. Laissons toute sa place à la négociation conventionnelle et supprimons cet article qui rigidifierait le calendrier.

Les amendements identiques n°s 116 et 676, acceptés par le Gouvernement, sont adoptés et l'article 26 quater est supprimé.

Après l'article 26 quater

Mme la présidente. – [Amendement n°1204](#) de Mme Brulin et du groupe CRCE-K.

Mme Silvana Silvani. – Complétons les objectifs prévus à l'article 26 en prévoyant que les prescriptions des professionnels de santé exerçant en secteur 3 ne seront plus remboursées par l'assurance maladie.

La mission de nos collègues Monnet et Rousset l'a indiqué, le secteur 3 représente la partie la plus problématique de la dérégulation tarifaire. Les dépassements sont sans limites, parfois multipliés par cinq ! C'est une rupture d'égalité flagrante. La sécurité sociale ne peut pas rester le financeur passif d'un système qui sélectionne les patients selon leurs moyens. Sortir du cadre conventionnel, cela doit signifier ne plus bénéficier du financement solidaire attaché.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Le remboursement par l'assurance maladie des consultations du secteur 3 est marginal. L'arrêté ministériel fixe entre 43 et 61 centimes d'euros pour une consultation de médecin généraliste et entre 85 centimes et 1,22 euro pour un spécialiste. Cela permet avant tout de tracer les actes réalisés par ces médecins. Avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Avis défavorable. Votre amendement n'est pas applicable d'un point de vue légistique.

L'amendement n°1204 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – Nous avons examiné 269 amendements au cours de la journée. Il en reste 346.

Prochaine séance aujourd'hui, lundi 24 novembre 2025, à 10 h 30.

La séance est levée à minuit quarante-cinq.

Pour le Directeur des Comptes rendus du Sénat,

Rosalie Delpech

Chef de publication

Ordre du jour du lundi 24 novembre 2025

Séance publique

À 10 h 30, 14 h 30, le soir et la nuit

Présidence :

M. Xavier Iacovelli, vice-président,
Mme Sylvie Vermeillet, vice-présidente,
Mme Anne Chain-Larché, vice-présidente

. Suite du projet de loi de financement de la sécurité sociale, transmis en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, pour 2026 (n°122, 2025-2026)