

LUNDI 24 NOVEMBRE 2025

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

SOMMAIRE

FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2026 (Suite).....	1
<i>Discussion des articles (Suite)</i>	1
<i>Troisième partie (Suite)</i>	1
Article 27	1
Article 27 bis	3
Mme Annie Le Houerou	3
Article 27 ter	4
Article 28	4
Mme Silvana Silvani	4
Mme Corinne Féret	4
Après l'article 28	8
Article 28 ter	10
Article 29 (Supprimé)	11
Après l'article 29 (Supprimé)	12
Article 30	12
 CONFÉRENCE DES PRÉSIDENTS	13
 MISE AU POINT AU SUJET D'UN VOTE	13
 FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2026 (Suite).....	13
<i>Discussion des articles (Suite)</i>	13
<i>Troisième partie (Suite)</i>	13
Après l'article 30	13
Article 31	14
Après l'article 31	15
Article 32	16
Après l'article 32	18
Article 33	19
Article 34	20
Après l'article 34	21
 DÉLÉGATIONS (Nominations).....	25
 DÉCÈS D'UN ANCIEN SÉNATEUR	25
 FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2026 (Suite).....	25
<i>Discussion des articles (Suite)</i>	25

Troisième partie (Suite)	25
Article 35	25
Mme Corinne Imbert, rapporteure de la commission des affaires sociales pour la branche assurance maladie	25
Mme Émilienne Poumirol	25
Après l'article 35	26
Article 36	28
Mme Raymonde Poncet Monge	28
Mme Cathy Apourceau-Poly	28
Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée chargée de l'autonomie et des personnes handicapées	28
Demande de réserve	29
Après l'article 36	29
Article 37	36
M. Marc Laménie	36
Mme Silvana Silvani	36
Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée chargée de l'autonomie et des personnes handicapées	36
Après l'article 37	38
Article 38	38
Après l'article 38	40
Mise au point au sujet d'un vote	40
Discussion des articles (Suite)	40
Troisième partie (Suite)	40
Article 41	40
Article 42	40
Mme Nadia Sollogoub	40
Mme Laurence Rossignol	40
Après l'article 42	42
Article 39 (<i>Précédemment réservé</i>)	46
Après l'article 39 (<i>Précédemment réservé</i>)	48
Article 40 (<i>Précédemment réservé</i>)	50
Article 43	50
Après l'article 43	53
Ordre du jour du mardi 25 novembre 2025	54

SÉANCE du lundi 24 novembre 2025

21^e séance de la session ordinaire 2025-2026

PRÉSIDENCE DE M. XAVIER IACOVELLI,
VICE-PRÉSIDENT

La séance est ouverte à 10 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 pour 2026, transmis en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution.

Discussion des articles (Suite)
TROISIÈME PARTIE (SUITE)

Article 27

M. le président. – [Amendement n°817 rectifié](#) de Mme Lermytte et *alii*.

M. Daniel Chasseing. – La réforme ayant confié la gestion des établissements de soins à une administration dont la mission première n'est pas l'efficacité médicale a dégradé la situation financière des hôpitaux. L'application uniforme de référentiels est rarement adaptée. L'article risque d'avoir des effets contraires aux objectifs poursuivis. Supprimons-le, pour inviter le Gouvernement à approfondir la réflexion.

M. le président. – [Amendement identique n°1206](#) de Mme Apourceau-Poly et du groupe CRCE-K.

Mme Céline Brulin. – L'article 27 risque de conduire à un rationnement plutôt qu'à une amélioration de la qualité, en dépit des amendements de la rapporteure visant à en atténuer les effets négatifs.

Les hôpitaux qui limiteront les actes et les traitements prescrits bénéficieront de moyens supplémentaires et ceux qui s'y refuseront seront pénalisés financièrement. C'est inconcevable.

Ouvrons plutôt une vraie réflexion sur le financement de nos établissements, pour prendre en charge le bon patient au bon moment à un bon endroit. Le système actuel encourage au contraire la multiplication des actes – c'est délétère.

Mme Corinne Imbert, rapporteure de la commission des affaires sociales pour la branche assurance maladie. – Avis défavorable. La

commission soutient les dispositifs d'incitation à l'efficacité, la pertinence, la qualité et la sécurité – quatre mots-clés. Il s'agit d'améliorer la prise en charge et de mieux orienter les ressources vers les besoins de santé.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée chargée de l'autonomie et des personnes handicapées. – Même avis. Oui, il faut donner un bonus aux établissements qui sont sur la bonne voie. La Fédération hospitalière de France (FHF) soutient la mesure.

Les amendements identiques n°s 817 rectifié et 1206 ne sont pas adoptés.

M. le président. – [Amendement n°935 rectifié](#) de Mme Conconne et *alii*.

L'amendement n°935 rectifié n'est pas défendu.

M. le président. – [Amendement n°784 rectifié](#) de Mme Le Houerou et *alii*.

Mme Annie Le Houerou. – L'article 27 crée un système de bonus-malus appuyé sur des indicateurs d'efficacité et de qualité des soins, qui doivent donc être coconstruits avec les professionnels de santé et les associations représentant les usagers. Il faut partir du vécu des patients et de l'expérience des professionnels.

Ajoutons aussi les critères qualité patient Prems (*Patient-Reported Experience Measures*) et Proms (*Patient-Reported Outcome Measures*), utilisés dans de nombreux autres pays depuis des années. Ce type d'approche est encore malheureusement trop timide chez nous.

M. le président. – [Amendement identique n°1417](#) de Mme Souyris et *alii*.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Nous voulons impliquer les professionnels et les usagers dans la construction des indicateurs. Nous ne pouvons continuer à élaborer des indicateurs de qualité entre experts, sans ceux qui vivent concrètement les parcours de soins.

Coordination entre professionnels, écoute, respect, fluidité du séjour : les Prems permettent d'évaluer clairement ce qui fonctionne ou non. Les Proms mesurent les résultats de santé vécus par les patients : symptômes, qualité de vie, autonomie fonctionnelle, etc. Leur combinaison permet une évaluation fidèle de la qualité de la prise en charge. Ainsi, on replace les usagers au cœur du système de santé.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Oui, ces indicateurs devront faire l'objet d'une concertation avec les acteurs concernés. C'est en cours, ainsi que nous l'ont confirmé les fédérations hospitalières lors de nos auditions. Mais ne risquons pas de reporter la mise en œuvre d'un dispositif prévu pour 2026 en l'alourdissant de la sorte.

En revanche, intégrer les critères de qualité patient à l'évaluation des établissements de santé au sein du dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq) est utile. C'est l'objet d'un de mes amendements que je vous inviterai à adopter.

Avis défavorable.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – Les amendements sont satisfaits par la méthodologie employée par la Haute Autorité de santé (HAS). Les associations représentant les usagers et les professionnels de santé sont bien impliquées dans la construction des indicateurs. Retrait, sinon avis défavorable.

Les amendements identiques n^{os} 784 rectifié et 1417 ne sont pas adoptés.

M. le président. – [Amendement n°677](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – La commission est favorable à la mise en œuvre d'un mécanisme global d'incitation à l'efficience et à la pertinence des établissements de santé, mais il faut tenir compte des spécificités territoriales, sociales, économiques et sanitaires de ces derniers, ainsi que des impératifs opérationnels des hôpitaux des armées. La décision de l'ARS d'octroyer une dotation complémentaire ou d'appliquer une pénalité doit prendre ces éléments en considération.

Mme Stéphanie Rist, ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées. – Je me suis beaucoup battue sur mon territoire sur ce point. L'amendement est globalement satisfait, puisque le contexte est pris en compte. Mais des précisions pourraient être apportées, sur le nombre de médecins traitants du territoire, par exemple : cela a une incidence sur l'activité des établissements de santé. Retrait, sinon avis défavorable.

L'amendement n°677 est adopté.

M. le président. – [Amendement n°1830](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement rédactionnel n°1830, accepté par le Gouvernement, est adopté.

M. le président. – [Amendement n°1418](#) de Mme Souyris et *alii*.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Nous voulons garantir que les dispositifs d'incitation financière visent bien l'amélioration de la qualité, de l'efficience et de la sécurité des prises en charge. Car des opérateurs privés lucratifs parviennent, par des montages, à capter des financements publics destinés à la santé. Les incitations peuvent alors être détournées de leur objectif sanitaire, pour valoriser des actifs ou maximiser des dividendes. C'est un effet d'aubaine.

Nous excluons donc de l'accès aux incitations les établissements privés lucratifs, à capitaux privés, contrôlés ou détenus majoritairement par un organisme d'investissement.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – N'excluons pas par principe ces établissements qui participent à l'accès aux soins. Ils réalisent environ 35 % de l'activité hospitalière et doivent aussi être engagés dans une démarche d'efficience et de pertinence pour le juste soin. Il serait contreproductif de les exclure. Avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Même avis. Tous les établissements doivent améliorer la pertinence des soins.

L'amendement n°1418 n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°176 rectifié](#) de Mme Muller-Bronn et *alii*.

Mme Laurence Muller-Bronn. – Les achats de dispositifs médicaux dans les établissements de santé doivent aussi être écologiquement et socialement responsables, sans créer de charge nouvelle.

M. le président. – [Sous-amendement n°1812](#) de M. Khalifé.

M. Khalifé Khalifé. – L'hospitalisation de jour se développe depuis une vingtaine d'années. Toutefois, certaines pathologies mériteraient une ou deux nuits supplémentaires dans un environnement non médicalisé proche de l'hôpital. D'où notre sous-amendement sur le recours à l'hébergement temporaire non médicalisé.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'objectif de l'amendement n°176 rectifié – réduire l'empreinte carbone et favoriser les achats européens des établissements de santé – est louable, mais son lien avec l'efficience, ténu. Les indicateurs porteront principalement sur la réduction des actes inutiles et la diffusion des meilleures pratiques. Retrait, sinon avis défavorable.

Je partage l'intérêt du sous-amendement n°1812 sur le fond, mais suis défavorable sur la forme, dès lors que nous sommes défavorables à l'amendement sur lequel il porte. Le recours à l'hébergement temporaire non médicalisé, ou hôtel hospitalier, améliore l'utilisation des ressources. En effet, son forfait de 80 euros est bien moins coûteux qu'une chambre d'hôpital. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Mêmes avis. Je crois en l'efficacité des hébergements temporaires non médicalisés, qui seront prolongés en 2026, à tarif inchangé. Mais le contenu de l'amendement n°176 rectifié ne relève pas de la loi.

M. Khalifé Khalifé. – Dois-je me contenter du fond ou de la forme ? (*Sourires*)

M. Alain Milon, vice-président de la commission des affaires sociales. – Les deux !

M. Khalifé Khalifé. – Je suis rassuré que vous soyez d'accord sur le fond, mais regrette que nous n'ayons pas trouvé la forme adéquate. Je vais retirer mon sous-amendement pour éviter d'avoir une mauvaise note (*sourires*), mais je compte sur vous pour faire avancer ce dossier.

Le sous-amendement n°1812 est retiré.

L'amendement n°176 rectifié est retiré.

M. le président. – [Amendement n°175 rectifié](#) de Mme Muller-Bronn et *alii*.

Mme Laurence Muller-Bronn. – Nous étendons la notion de sécurité d'approvisionnement, qui existe pour les médicaments, aux dispositifs médicaux. En valorisant, dans la dotation qualité, les établissements qui privilégient des approvisionnements européens et durables, nous renforçons la résilience et la souveraineté sanitaire du système de santé.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – C'est essentiel, certes, mais cela n'a pas sa place dans un dispositif sur la qualité et la sécurité des soins – le lien est trop indirect. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Les indicateurs seront déterminés après concertation avec les fédérations hospitalières par voie réglementaire. Retrait, sinon avis défavorable.

L'amendement n°175 rectifié est retiré.

M. le président. – [Amendement n°678](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Les indicateurs devront être lisibles et acceptés par les acteurs hospitaliers, afin que les équipes soignantes se les approprient. La commission propose de préciser trois indicateurs : les résultats et expériences rapportées par les patients ; la lutte contre les erreurs médicamenteuses évitables ; le taux de recours aux protocoles de récupération améliorée après chirurgie (Raac).

En outre, la commission souhaite que l'intéressement financier repose au moins pour moitié sur le niveau de qualité atteint, afin de récompenser les établissements qui ont un haut niveau de qualité des soins, ainsi que ceux qui sont en progrès.

M. le président. – [Sous-amendement n°1809](#) de Mme Demas et *alii*.

Mme Viviane Malet. – Défendu.

M. le président. – [Sous-amendement identique n°1811](#) de M. Khalifé.

M. Khalifé Khalifé. – Défendu.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis favorable aux deux sous-amendements. Souvent oubliée, la pharmacie à usage intérieur (PUI) joue pourtant un rôle essentiel dans l'optimisation des

traitements que reçoivent les patients et contribue à la lutte contre les erreurs médicamenteuses.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Retrait, sinon avis défavorable. Je comprends l'idée, mais dans ce cas, de nombreux autres services pourraient être ajoutés à la liste... De plus, les indicateurs seront définis par arrêté après concertation avec les acteurs. En inscrivant des indicateurs de la loi, on rigidifie et on s'éloigne de la réalité du terrain.

Les sous-amendements identiques n°s 1809 et 1811 sont adoptés.

L'amendement n°678, sous-amendé, est adopté.

M. le président. – [Amendement n°1406](#) de Mme Nadille.

Mme Solanges Nadille. – Cet amendement avance d'un an, au 1^{er} janvier 2027, l'entrée en vigueur des pénalités financières liées au nouveau dispositif d'incitation financière à l'efficacité et à la pertinence des soins (Ifep). C'est un compromis raisonnable. Le Gouvernement pourra prévoir, par voie réglementaire, une progressivité et une conditionnalité desdites pénalités.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis favorable à ce compromis.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Je suis toujours très favorable au compromis. (*Sourires*)

L'amendement n°1406 est adopté.

L'article 27, modifié, est adopté.

Article 27 bis

Mme Annie Le Houerou. – Le plafond de rémunération des médecins en intérim dans les établissements de santé a été relevé le 5 septembre dernier à 2 681 euros hors taxes pour 24 heures de travail – alors qu'il était de 1 410 euros depuis janvier 2024.

L'objectif de la [loi Rist](#) était pourtant de limiter l'explosion des coûts liée au recrutement des personnels temporaires. Madame la ministre, permettez-moi de vous alerter sur cet arrêté, pris par votre prédécesseur, qui détourne l'esprit de votre loi. Et c'est injuste pour les praticiens hospitaliers permanents, qui s'engagent !

M. le président. – [Amendement n°118](#) de M. Henno.

M. Olivier Henno. – Avant de faire évoluer les plafonds de dépenses d'intérim, évaluons-les – ne serait-ce que par respect pour le travail des directeurs des ressources humaines. Nous proposons donc de supprimer l'article.

M. le président. – [Amendement identique n°679](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Défendu.

M. le président. – [Amendement identique n°1511 rectifié bis](#) de M. Le Rudulier et *alii*.

M. Khalifé Khalifé. – Défendu.

Les amendements identiques n°s 118, 679 et 1511 rectifié bis, acceptés par le Gouvernement, sont adoptés et l'article 27 bis est supprimé.

Article 27 ter

M. le président. – [Amendement n°119](#) de M. Henno.

M. Olivier Henno. – Nous voulons aussi supprimer cet article qui porte sur le recours aux praticiens contractuels. Ne compliquons pas le recrutement dans les établissements les plus fragiles.

M. le président. – [Amendement identique n°680](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Défendu.

M. le président. – [Amendement identique n°818 rectifié](#) de Mme Lermytte et *alii*.

M. Daniel Chasseing. – Nous souhaitons supprimer le plafonnement de la rémunération des praticiens contractuels recrutés au titre du motif 2. La Cour des comptes souligne des dérives, mais n'établit pas que la différence salariale serait l'unique facteur de choix des médecins. L'effet immédiat de cet article serait de réduire la marge de manœuvre des hôpitaux sur les postes particulièrement difficiles à pourvoir. Ne fragilisons pas davantage des services déjà en tension.

M. le président. – [Amendement identique n°1513 rectifié ter](#) de M. Le Rudulier et *alii*.

M. Khalifé Khalifé. – Défendu.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Avis favorable. La situation en matière de rémunération des médecins est compliquée. Dans un service, on peut avoir cinq médecins qui font la même chose, mais qui sont tous payés différemment. Cela rend le management délicat et fait perdre son sens à la rémunération. Nous devons y travailler.

Avec les contrats de type 2, nous avons amélioré l'intérim, qui reste un outil indispensable. Mais il faudrait pouvoir traiter les causes plutôt que les symptômes...

Les amendements identiques n°s 119, 680, 818 rectifié et 1513 rectifié ter sont adoptés et l'article 27 ter est supprimé.

Article 28

Mme Silvana Silvani. – Au prétexte d'un risque de désinsertion professionnelle et du manque de suivi médical, le Gouvernement avait initialement proposé de limiter la durée des arrêts de travail, de plafonner la

durée de versement des indemnités journalières AT-MP (accidents du travail et maladies professionnelles) et de rendre facultatif l'examen de reprise après un congé maternité. Heureusement, les députés ont modifié cet article qui risquait de fragiliser encore davantage la santé au travail.

Depuis 2017, votre logique est toujours la même : porter le soupçon sur les malades et les soignants, en prétendant que les arrêts seraient de complaisance.

Pourquoi les arrêts augmentent-ils ? Pourquoi la France affiche-t-elle un si triste record sur les AT-MP ? Comment déployer des politiques de prévention au travail efficaces ? Comment s'assurer du respect par les employeurs de leurs obligations de prévention au travail ? Voilà les vraies questions !

Votre logique est absurde : ceux qui retourneront au travail sans être pleinement rétablis aggraveront leur état, seront moins productifs et retourneront consulter. On va augmenter le nombre de consultations !

Nous sommes satisfaits de la suppression du caractère facultatif de l'examen de reprise après un congé maternité.

Mme Corinne Féret. – Le Gouvernement fait le constat d'une forte augmentation des arrêts de travail – c'est factuel. Ce serait dû aux salariés qui abuseraient...

Mais quelles en sont les véritables causes ? L'augmentation et le vieillissement de la population active ; l'inflation et la revalorisation du Smic en 2022 et 2023, d'où une hausse mécanique des indemnités journalières (IJ) ; une pénibilité physique et psychique accrue dans de très nombreux métiers. Et pourtant, le Gouvernement a choisi de limiter la durée des arrêts de travail, et donc de sanctionner ceux qui sont concernés.

M. le président. – [Amendement n°239 rectifié](#) de Mme Devésa et *alii*.

Mme Brigitte Devésa. – Cet amendement supprime la limitation des arrêts de travail pour maladie, qui compliquerait l'accès aux médecins en multipliant les demandes de rendez-vous. Ne créons pas d'engorgement pour ceux qui ont besoin d'une consultation.

M. le président. – [Amendement identique n°410 rectifié bis](#) de Mme Lassarade et *alii*.

Mme Florence Lassarade. – Défendu.

M. le président. – [Amendement identique n°909](#) de Mme Poncet Monge et *alii*.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Cet article s'inscrit dans une logique de renforcement du contrôle de la hausse des IJ. Vous allez encourager le non-recours et le présentisme forcé, alors que c'est plutôt le vieillissement de la population active qui est en cause.

Le présentéisme forcé a des externalités négatives – coût pour les assurances sociales, perte de productivité au travail –, qui représentent un manque à gagner de plusieurs dizaines de milliards d'euros par an à l'échelle nationale, environ deux fois plus que le coût de l'absentéisme.

Cet article, en limitant le versement des IJ, force le basculement vers le régime de l'incapacité permanente. Supprimons-le.

M. le président. – [Amendement identique n°1708](#) de M. Jomier et du groupe SER.

Mme Émilienne Poumirol. – Ne laissons pas la possibilité au Gouvernement de limiter par décret la durée des arrêts de travail.

Cet article entraîne un recul majeur pour les malades et les médecins. L'augmentation des arrêts de travail est réelle, mais il faut se poser la question des causes : vieillissement, pénibilité, notamment.

La visite de retour de congé maternité est primordiale. L'ordre des sages-femmes la défend.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – La commission a adopté le principe qui consiste à retirer de l'article les dispositions sur la limitation de la durée des arrêts de travail et de maintenir la limitation de la durée de versement des indemnités journalières AT-MP.

L'objet des amendements n°s239 rectifié et 410 rectifié *bis* ne correspond pas à leur dispositif. Retrait, sinon avis défavorable.

Pour les autres amendements identiques n°s909 et 1708, avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Avis défavorable. Cet article améliore la pertinence des prescriptions des arrêts maladie. Au bout d'un mois, on peut revoir son patient. Entre nous, ce n'est pas choquant. Il s'agit aussi d'assurer un suivi adéquat des patients.

Mme Raymonde Poncet Monge. – C'est paradoxal. D'une part, il faudrait revenir au bout d'un mois après avoir vu son médecin traitant, et, d'autre part, il ne serait pas utile d'aller voir un médecin au retour de congé maternité.

Le médecin du travail examine la situation clinique au regard de la reprise du travail. Vous allez casser ce lien. Et les médecins traitants ne sont pas assez nombreux. Quand vous dites qu'il faut retourner voir le médecin au bout de quinze jours, le message subliminal, c'est qu'il y a des abus !

Vos arguments sont à géométrie variable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Le caractère facultatif de la visite médicale de retour de congé maternité n'est plus dans le texte. De même, le délai n'est plus de quinze jours, mais d'un mois entre les deux visites chez le médecin traitant. (*Mme Raymonde Poncet Monge proteste.*)

Mme Céline Brulin. – Il est insupportable de considérer que les personnes en arrêt de travail ne mériteraient pas leurs IJ et qu'elles frauderaient. C'est une lourde accusation envers les salariés.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Qui a dit cela ?

Mme Céline Brulin. – Tout le monde constate l'augmentation importante des IJ, mais il faudrait régler le problème à la source. Ces arrêts de travail sont concentrés chez les plus jeunes et les plus anciens. Le recul de l'âge de départ à la retraite n'améliorera pas la situation !

Pas moins de 22 % des moins de 30 ans ont eu au moins un arrêt lié à des troubles psychologiques. C'est six points de plus qu'en 2019. On ne peut pas parler de santé mentale, hier, et dire aujourd'hui qu'ils sont trop en arrêt de travail. Est-ce au législateur de décider de la durée des arrêts de travail ? Si le seul objectif est la réduction des dépenses, à quand les arrêts de travail décidés à Bercy ? (*Mme Émilienne Poumirol renchérit.*)

On a beaucoup parlé de la pénurie de médecins. Si certains donnent directement des arrêts de travail longs, ils évitent d'engorger leur cabinet.

Mme Marion Canalets. – La suppression de la visite de reprise à l'issue d'un congé maternité était dans le texte initial, mais ce point a été corrigé par l'Assemblée nationale. Lisez les [travaux](#) de Mme Guillotin et de la mission d'information sur la périnatalité.

En cassant le thermomètre, fait-on baisser la fièvre ?

La reprise du travail après avoir eu des enfants n'est pas facile. Les dépressions post-partum touchent 10 % à 20 % des jeunes mères.

Rendre les visites de reprise facultative laisse simplement la liberté à l'employeur de proposer à la mère, éventuellement, d'aller voir un médecin si elle ne va pas bien... Jusqu'où ira-t-on chercher des économies ? Est-ce cela, la prévention active ?

Mme Silvana Silvani. – Des amendements de suppression, de rétablissements, de modification... Nul n'est dupe de l'effet délétère de ces propos. Voici l'expression consacrée : « on crante », petit à petit, et on installe l'idée qu'il faut se méfier de tous ces gens qui « prennent » des arrêts de travail – alors qu'ils leur sont prescrits – et de tous ces prescripteurs. On alimente la défiance. Chaque fois qu'une personne sera en arrêt, on se dira : « Comme par hasard ! » C'est grave.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – On fait peser la suspicion sur les malades. Or nul ne prend un arrêt maladie avec joie : les journées de carence, déjà, font perdre du salaire. Pour ceux qui ont de petits salaires, c'est parfois un crève-cœur. Certains y renoncent d'ailleurs.

Derrière tout cela, il y a des médecins. Émilienne Poumirol l'a dit hier. Ces médecins ont prêté le serment d'Hippocrate. Ils ne donnent pas des arrêts maladie au hasard. Ou alors il faut se poser des questions ! Les médecins sont des gens sérieux.

En outre, pas moins de 6,5 millions de Français n'ont pas de médecin traitant. Si on revoit son médecin, c'est pour faire un état des lieux sur sa pathologie et son arrêt. Sans médecin traitant, c'est plus compliqué.

M. Alain Milon, *vice-président de la commission des affaires sociales*. – L'augmentation du nombre d'arrêts de travail a des conséquences financières et sociétales.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Bien sûr.

M. Alain Milon, *vice-président*. – Toutefois, les troubles psychologiques ne sont pas seulement liés au travail. Ils tiennent aussi aux réseaux sociaux, à l'environnement sociétal...

Madame Poumirol, un congé maternité n'est pas un arrêt de travail.

Madame Silvani, on parle de ces arrêts de travail depuis bien plus longtemps que 2017. Vous avez dit cela pour accuser Emmanuel Macron, mais tous les présidents et tous les ministres de la santé depuis François Mitterrand en parlaient déjà !

Faisons confiance aux médecins. Quand j'exerçais, il ne m'est jamais arrivé de prescrire 30 jours d'arrêt de travail ; généralement, c'est beaucoup moins. Par ailleurs, nous subissons parfois quelques pressions, pour des arrêts de travail beaucoup plus courts. Cela m'est arrivé au moment de l'ouverture de la chasse. (*Sourires*)

Nous devons nous pencher sur les conséquences, mais surtout sur les causes de ces arrêts de travail.

Mme Véronique Guillotin. – Ce débat ne doit être ni dogmatique ni caricatural. Cet article n'attaque pas les arrêts maladie ou ceux qui en bénéficient. J'ai pratiqué pendant plus de vingt ans, et trente jours me paraissent raisonnables – pas de quoi s'offusquer...

Si un patient présente des troubles de santé mentale et prend des antidépresseurs, on le revoit forcément au bout d'un mois. Même si un patient vient de se faire opérer, même si on doit l'arrêter pendant trois mois, on le revoit entretemps.

M. Milon a raison, examinons les causes profondes des arrêts de travail.

M. Jean-François Rapin. – Il est difficile d'associer son rôle de sénateur et sa pratique médicale. En tant que médecin, j'estime que le fait de remettre en cause la façon dont les arrêts de travail sont prescrits ne témoigne d'aucune défiance.

Il faut cependant tenir compte de la réalité de la pratique et de la démographie médicale. Renouveler un arrêt de travail prend cinq minutes ; expliquer à un

patient qu'il peut reprendre le travail s'il n'en a pas envie, cela prend trente minutes.

Au début de ma carrière, nous avions des relations directes et des échanges précis sur les patients avec les médecins-conseils de la sécurité sociale. Les systèmes administratifs actuels sont beaucoup moins performants.

Les pressions n'existaient pas non plus il y a trente ans.

M. Jean-Luc Fichet. – Je ne comprends pas la notion de pression. Pourquoi parler d'une complaisance du médecin, qui donnerait trois jours d'arrêt pour que son patient puisse aller à la chasse ? Pourquoi ferait-il cela ? Par peur de perdre un patient ? Par les temps qui courent, cela n'arrivera pas ! Certains attendent huit à dix mois pour obtenir un rendez-vous avec un psychiatre. Attention à ce que nous disons !

Je fais pleinement confiance aux médecins. Beaucoup de patients disent qu'ils ne veulent pas être en arrêt ; c'est alors au médecin de dire qu'il est important de s'arrêter, afin de guérir. (*MM. Jean-François Rapin et Alain Milon le confirment.*)

Il faut aussi prendre en compte la relation au travail. Certains occupent des postes pour des raisons alimentaires : en demandant un arrêt de travail, ils expriment une souffrance.

Dans tous les cas, je n'accepte pas l'idée d'une forme de complicité entre le malade et le médecin.

Mme Émilienne Poumirol. – Au départ, il était proposé quinze jours d'arrêt de travail. Finalement, l'article a prévu trente jours. Mais ce n'est pas un problème législatif, c'est une question de confiance entre le patient et son médecin.

Il faut étudier les causes de l'augmentation des arrêts de travail : conditions de travail, pénibilité...

Certains parlent de la chasse. À l'heure de l'informatique, il est très facile pour l'assurance maladie de vérifier les arrêts de travail. On ne va pas punir tout le monde pour quelques fraudeurs.

Les amendements identiques n°s 239 rectifié, 410 rectifié bis, 909 et 1708 ne sont pas adoptés.

M. le président. – [Amendement n°524](#) de Mme Micouleau.

L'amendement n°524 n'est pas défendu.

M. le président. – [Amendement n°1831](#) de Mmes Imbert et Richer, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, *rapporteuse*. – Amendement de coordination.

M. le président. – [Amendement n°681](#) de Mmes Imbert et Richer, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Je vais présenter tous mes amendements en discussion commune.

L'amendement n°681 prévoit une durée maximale d'indemnisation par indemnité journalière plus longue en AT-MP qu'en maladie. On reconnaît ainsi le préjudice spécial subi par les victimes de sinistres professionnels, et l'on évite une forme de sous-déclaration.

L'amendement n°682 supprime le plafond de la durée des arrêts de travail, plafond qui portait atteinte à la liberté de prescription. Les prescripteurs sont les seuls habilités à déterminer la durée d'un arrêt de travail, grâce à leur évaluation clinique, indépendante. Par ailleurs, le législateur se bat depuis des années pour libérer du temps médical.

Même si l'article prévoit des dérogations, il fait peser une trop grande suspicion sur les professionnels de santé.

L'amendement n°683 est relatif aux chirurgiens-dentistes.

M. le président. – [Amendement n°413 rectifié bis](#) de M. Laouedj et *alii*.

M. Ahmed Laouedj. – Cet amendement supprime les dispositions qui encadrent et restreignent la prescription des arrêts de travail. Ne remettons pas en cause la liberté de prescription, le droit des assurés à bénéficier d'un arrêt correspondant à leur état de santé, et la confiance entre médecin et patient, mise à mal par une logique de quotas.

De plus, loin de faire des économies, cette mesure multiplierait les consultations et les contrôles.

M. le président. – [Amendement identique n°682](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Défendu.

M. le président. – [Amendement n°1255 rectifié](#) de M. Chasseing et *alii*.

M. Daniel Chasseing. – Alors que les dépenses d'IJ sont passées de 6,8 milliards d'euros en 2014 à 11,3 milliards d'euros en 2024, cet amendement revient sur la mesure adoptée à l'Assemblée nationale fixant un plafond de durée d'un mois pour les arrêts de travail initiaux. Je propose un plafond de quinze jours.

M. le président. – [Amendement n°683](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Défendu.

M. le président. – [Amendement n°1709](#) de Mme Le Houerou et du groupe SER.

Mme Monique Lubin. – Nous supprimons l'obligation faite au médecin de justifier, sur la prescription, les motifs qui le conduisent à prescrire un arrêt de travail d'une durée supérieure à trente jours

lorsque cette durée est conforme à une recommandation de la HAS.

Cela reviendrait à instaurer une présomption de suspicion permanente à l'égard des soignants ; ils exercent une mission essentielle dans un contexte de pénurie de personnels. Évitions cette mesure bureaucratique, qui fera perdre du temps médical.

Alors que l'accès aux soins est déjà difficile, imposer un rendez-vous pour chaque renouvellement d'arrêt de travail pourrait s'avérer impossible dans certains territoires. Faisons confiance aux médecins, et évitons la paperasse.

M. le président. – [Amendement n°414 rectifié bis](#) de M. Laouedj et *alii*.

M. Ahmed Laouedj. – Nous excluons de la limitation de durée les arrêts de travail liés à une affection de longue durée (ALD). Les patients concernés demandent une attention particulière. Ne leur appliquons pas une limite standardisée, qui reviendrait à nier les spécificités de leur état de santé – qui serait fragilisé par un retour précipité au travail.

M. le président. – [Amendement identique n°450 rectifié bis](#) de Mme Antoine et *alii*.

Mme Jocelyne Guidez. – Défendu.

M. le président. – [Amendement identique n°1711](#) de Mme Le Houerou et du groupe SER.

Mme Émilienne Poumirol. – Amendement de repli.

Un suivi continu et adapté n'est pas une option pour les personnes souffrant d'une pathologie chronique, mais une nécessité.

La drépanocytose induit par exemple des crises imprévisibles et totalement invalidantes. Ne prenons pas le risque de ruptures de prise en charge. Faisons confiance aux médecins traitants.

M. le président. – [Amendement n°1859](#) du Gouvernement.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – Le médecin prescripteur doit pouvoir solliciter l'avis du contrôle médical de l'assurance maladie pour objectiver certains renouvellements d'arrêt de travail.

M. le président. – [Amendement n°396 rectifié bis](#) de M. Menonville et *alii*.

Mme Jocelyne Guidez. – Cet amendement inscrit une durée maximale d'indemnisation des arrêts de travail liés aux accidents du travail ou maladies professionnelles.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Les syndicats représentatifs des médecins se sont déjà saisis des enjeux de la prescription des arrêts de travail. Un engagement commun a été pris dans la convention médicale signée l'an dernier.

Avis favorable à l'amendement n°413 rectifié *bis*, identique à un amendement de la commission.

À titre personnel, puisqu'il n'a pas été présenté devant la commission, avis favorable à l'amendement n°1859 du Gouvernement qui pérennise le dispositif SOS IJ.

Avis défavorable aux amendements n°1255 rectifié, 1709, 414 rectifié *bis*, 450 rectifié *bis*, 1711 et 396 rectifié *bis*.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – Avis favorable à l'amendement rédactionnel n°1831, ainsi qu'à l'amendement n°681.

Sur les amendements identiques n°682 et 413 rectifié *bis*, le Gouvernement maintient sa position sur la nécessité de fixer la durée maximale des arrêts de travail à un mois. Lorsque la HAS propose des durées différentes, les prescripteurs pourront bien sûr les suivre. Par ailleurs, les arrêts ne sont pas limités en nombre. Avis défavorable.

Nous envisageons plutôt une disposition réglementaire pour les chirurgiens-dentistes et les sages-femmes. Sagesse sur l'amendement n°683.

L'amendement n°1255 rectifié, en incluant les arrêts de travail de retour d'hospitalisation, nous semble trop restrictif. Le compromis trouvé à l'Assemblée nationale paraît plus pertinent. Retrait, sinon avis défavorable.

Retrait, sinon avis défavorable sur l'amendement n°1709. Le fait que le médecin précise la raison de l'arrêt permet de mieux vérifier la cohérence entre la durée prescrite et la pathologie.

Sur les amendements identiques n°414 rectifié *bis* et 450 rectifié *bis* et l'amendement n°1711, retrait, sinon avis défavorable également. La HAS peut recommander des durées plus longues. L'idée n'est pas d'empêcher des arrêts longs, mais de rendre nécessaire un avis médical avant prolongation.

Sur l'amendement n°396 rectifié *bis*, nous proposons plutôt de limiter la durée à quatre ans, et non trois. Retrait, sinon avis défavorable.

M. Daniel Chasseing. – Il y a une petite erreur dans mon amendement. Je souhaitais bien quinze jours à domicile et un mois à l'hôpital. Je le rectifie donc.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Daniel Chasseing sait très bien ce qu'est devenue la démographie médicale. Il continue pourtant à dire qu'on peut avoir un arrêt de quinze jours et le renouveler facilement pour quinze jours supplémentaires.

Lorsque j'étais enfant, à Paris, et que je tombais malade, le médecin venait à domicile ; et il revenait pour évaluer mon état de santé avant que je ne retourne à l'école ! (*On le nie sur les travées du groupe UC.*)

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Eh bien si !

Mme Raymonde Poncet Monge. – Quand on est malade, on a 48 heures pour envoyer son arrêt maladie. Or certains se rendent aux urgences parce qu'ils ne peuvent pas obtenir un rendez-vous en 48 heures ! (*Protestations sur les travées du groupe UC*)

Vous avez aussi l'air d'oublier les jours de carence ! Les aides à domicile ont sept jours de carence. Un seul jour perdu pour faire le joint entre deux arrêts, cela signifie de nouveau sept jours de carence. (*On le nie sur les travées du groupe UC.*) Ne dites pas non, c'est le droit du travail ! (*Mme Cathy Apourceau-Poly renchérit.*) Et pour faire le joint, il faut parfois faire une téléconsultation, ce qui retarde encore les jours de carence. C'est mauvais pour tout le monde !

Les amendements n°1831 et 681 sont adoptés, de même que les amendements identiques n°413 rectifié bis et 682.

L'amendement n°1255 rectifié bis n'a plus d'objet, non plus que les amendements n°1709, 414 rectifié bis, 450 rectifié bis, 1711 et 396 rectifié bis.

L'amendement n°683 est adopté, ainsi que l'amendement n°1859.

M. le président. – [Amendement n°1276 rectifié bis](#) de M. Chasseing et *alii*.

M. Daniel Chasseing. – Cet amendement rend facultatif l'examen de reprise du travail après un congé maternité par le médecin du travail, sauf si la personne demande une consultation, et permet au médecin traitant de réaliser l'examen de reprise du travail après un accident du travail à la place du médecin du travail, s'il n'y a pas de séquelles.

Bien entendu, si le patient le souhaite, la reprise du travail s'effectuera seulement après consultation du médecin du travail.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable. L'examen de reprise constitue une garantie pour s'assurer que le retour se déroule dans les meilleures conditions. En outre, cela ne relève pas du PLFSS.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – Le Gouvernement souhaite conserver la position de l'Assemblée nationale.

L'amendement n°1276 rectifié bis est retiré.

L'article 28, modifié, est adopté.

Après l'article 28

M. le président. – [Amendement n°1256 rectifié bis](#) de M. Chasseing et *alii*.

M. Daniel Chasseing. – Cet amendement interdit la prescription et le renouvellement d'un arrêt de travail en télémedecine, sauf si celui-ci est délivré par le médecin traitant ou la sage-femme référente.

M. le président. – [Amendement n°222 rectifié bis](#) de M. Menonville et *alii*.

M. Pierre-Antoine Levi. – Défendu.

M. le président. – [Amendement n°1257 rectifié ter](#) de M. Chasseing et *alii*.

M. Daniel Chasseing. – C'est un amendement de repli. Nous prévoyons des exceptions, en cas d'absence du médecin traitant ou de la sage-femme ou s'il est impossible d'obtenir un rendez-vous physique.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Les téléconsultations ont été limitées après l'apparition de sites frauduleux. Le législateur ne saurait limiter excessivement la prescription d'arrêts de travail en téléconsultation. Cela serait inconstitutionnel. Avis défavorable aux amendements n°222 rectifié bis et 1256 rectifié bis.

En revanche, l'amendement n°1257 rectifié ter respecte le cadre constitutionnel. Avis favorable.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – Comme l'a souligné la rapporteure, les amendements n°1256 rectifié bis et 222 rectifié bis risquent d'être inconstitutionnels. De plus, la limitation à trois jours des arrêts maladie en téléconsultation a été efficace. Avis défavorable.

Retrait de l'amendement n°1257 rectifié ter qui pose les mêmes problèmes de constitutionnalité, de notre point de vue. Cet amendement limite l'accès aux soins.

Mme Émilienne Poumirol. – Je comprends la défiance de M. Chasseing. Quand on n'a pas de médecin traitant, on est parfois obligé de recourir à la télémedecine. Toutefois, ces dernières années, les plateformes ont été source d'abus. Il faut être extrêmement prudent vis-à-vis des arrêts de travail prescrits en télémedecine.

M. Daniel Chasseing. – Merci à Mme la rapporteure pour son avis favorable. Madame la ministre, il n'y a pas d'inconstitutionnalité : le renouvellement ne sera pas interdit si l'on ne trouve pas de médecin traitant ni de sage-femme, et si une consultation physique est impossible.

L'amendement n°1256 rectifié bis n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°222 rectifié bis.

L'amendement n°1257 rectifié ter est adopté et devient un article additionnel.

M. le président. – [Amendement n°284 rectifié bis](#) de M. Milon et *alii*.

M. Khalifé Khalifé. – Cet amendement autorise les médecins à prescrire la reprise ou la poursuite de l'activité en télétravail en lieu et place d'un arrêt de travail total lorsque la situation médicale le justifie et que le poste est éligible au télétravail. C'est bénéfique sur les plans sanitaire et économique, et cela limite la désinsertion professionnelle.

M. le président. – [Amendement identique n°1021 rectifié bis](#) de Mme Bourcier et *alii*.

M. Daniel Chasseing. – Défendu.

M. le président. – [Amendement identique n°1478 rectifié bis](#) de M. Longeot et *alii*.

M. Daniel Fargeot. – Défendu.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Je comprends l'intention des auteurs, qui est de limiter les arrêts de travail. Pour autant, avis défavorable. Le télétravail relève de la politique de l'entreprise et du dialogue social, non de la prescription médicale.

Un arrêt de travail est par nature incompatible avec le télétravail, car il ne peut être prescrit qu'à un salarié en incapacité de poursuivre ou reprendre le travail.

Ne court-circuitons pas les partenaires sociaux.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – Même avis. Le télétravail renvoie à l'organisation du travail. L'arrêt maladie est en revanche dans les mains du médecin traitant.

L'amendement n°284 rectifié bis est retiré.

Les amendements identiques n°1021 rectifié bis et 1478 rectifié bis ne sont pas adoptés.

M. le président. – [Amendement n°232 rectifié](#) de Mme Muller-Bronn et *alii*.

Mme Jocelyne Guidez. – Défendu.

M. le président. – [Amendement identique n°1096 rectifié bis](#) de M. Canévet et *alii*.

M. Michel Canévet. – Lorsqu'une personne est en arrêt de travail, qu'une visite est effectuée et qu'il apparaît que l'arrêt de travail est injustifié, la personne ne peut pas être privé d'IJ – ce qui est totalement anormal. Les IJ doivent pouvoir être supprimées. L'agent peut solliciter une visite médicale s'il le conteste.

M. Vincent Delahaye. – Très bien !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – La commission partage les intentions des auteurs. La suppression automatique des IJ éviterait la constitution d'indus. Toutefois, la décision de suspendre les IJ relève des prérogatives exclusives de la caisse. C'est au médecin-conseil, sur la base d'un rapport, d'en tirer les conséquences.

Ces amendements porteraient en outre atteinte au droit au contradictoire en supprimant la possibilité de saisir le service du contrôle médical avant la suppression du versement. Ils présentent donc un risque d'inconstitutionnalité. Avis défavorable.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – Il faut effectivement limiter les arrêts indus et les sanctionner en stoppant l'indemnisation. Cela avait été inscrit dans le PLFSS 2024 mais censuré par

le Conseil constitutionnel en raison de l'absence de contradictoire.

Avis défavorable. Néanmoins, dans le cas où l'employeur effectue un contrôle médical, il peut transférer ses résultats à l'assurance maladie qui effectue un nouveau contrôle, lequel, dans 40 % des cas, conduit à un arrêt des IJ.

*Les amendements identiques
n°s 232 rectifié et 1096 rectifié bis
ne sont pas adoptés.*

M. le président. – [Amendement n°905](#) de Mme Poncet Monge et *alii*.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Pourquoi cette hausse des arrêts de travail depuis 2019 ?

Selon la Drees, cette augmentation concerne deux classes d'âge définies : les jeunes et les seniors. Ces facteurs démographiques, combinés aux facteurs économiques liés aux revalorisations exceptionnelles du Smic depuis octobre 2021, expliquent 60 % de la croissance des IJ.

On peut s'interroger sur le rôle de l'intensification du travail en France, documentée par la Dares, ou encore du manque de qualité du management, comme facteur de croissance des IJ. Aussi, cet amendement prévoit une étude sur le sujet.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Les travaux académiques documentent la hausse des arrêts de travail. Avis défavorable.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – Même avis.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Je me souviens qu'Alain Milon appelait à analyser les causes des arrêts de travail, qui restent pour partie inexpliquées.

L'impact des conditions de travail est important. Dominique Méda estime que l'on ne pourra plus augmenter l'emploi des seniors sans une analyse des conditions de travail et des moyens de leur amélioration.

« Inexpliqué », pour certains, est synonyme de fraude. (*Murmures sur les travées du groupe Les Républicains*)

Aucun document n'analyse la qualité du travail. (*On déplore ces propos sur les travées du groupe Les Républicains.*)

L'amendement n°905 n'est pas adopté.

L'article 28 bis est adopté.

Article 28 ter

M. le président. – [Amendement n°1061](#) de Mme Poncet Monge et *alii*.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Cet article reprend une [jurisprudence](#) de la Cour de cassation

de 2015 qui considère que le bénéfice des IJ est subordonné à l'incapacité de reprendre non seulement le travail, mais une activité professionnelle, salariée ou non salariée. Cette modification peut paraître rédactionnelle, mais il est difficile d'en évaluer les conséquences, d'autant qu'il n'y a eu ni étude d'impact, ni évaluation, la mesure ayant été introduite par amendement.

L'article modifie d'autres dispositions. En cas d'arrêt de plus de trente jours, le médecin-conseil, en lien avec le médecin traitant et le médecin du travail, peut étudier les modalités de reprise. Trois médecins sollicités – alors que l'on manque de médecins ? Il rentre aussi en contradiction avec les dispositions de l'article 28 qui autorise la reprise sans passer par un médecin du travail.

Notre amendement, travaillé avec la CFDT, supprime cet article.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Votre amendement supprime une clarification bienvenue. Le code de la sécurité sociale conditionne l'arrêt de travail à l'incapacité physique de continuer ou de reprendre le travail, sans préciser s'il est question du poste de travail ou de toute activité professionnelle. La Cour de cassation a retenu la deuxième possibilité. L'article entérine cette jurisprudence. Avis défavorable.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – Cet article apporte une clarification. Une activité non professionnelle, sportive ou bénévole, peut être utile, notamment dans le cadre de la rémission.

Mme Monique Lubin. – Je ne suis pas aussi rassurée que la rapporteure ou la ministre. Qu'est-ce qui est exclu, exactement ?

Une personne peut avoir une activité professionnelle à mi-temps ainsi qu'une activité d'autoentrepreneur – statut auquel je ne suis pas favorable par ailleurs – dont l'objet n'est pas lié à la raison de l'arrêt de travail. *Quid d'un élu, ou d'un responsable d'une association qui emploie des salariés ? (La ministre tardant à répondre, Mme Monique Lubin manifeste son agacement.)*

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – Les choses sont claires. Une activité professionnelle, qu'elle soit salariée ou non, n'est pas autorisée en même temps qu'un arrêt de travail. En revanche, une activité non professionnelle, comme une activité d'élu ou de président bénévole d'une association, peut l'être.

Mme Corinne Féret. – Qu'entendez-vous par « activité professionnelle non salariée » ?

Mme Silvana Silvani. – Donnez-nous un exemple !

Mme Émilienne Poumirol. – Un sapeur-pompier professionnel peut avoir une activité annexe d'autoentrepreneur - d'apiculteur, par exemple - déclarée au Sdis. En cas d'arrêt de travail lié au Sdis, peut-il exercer son activité annexe ?

Mme Cathy Apurceau-Poly. – Dans mon département du Pas-de-Calais, une élue doit rembourser des IJ à la sécurité sociale après un arrêt de travail pour burn-out dans son emploi. Durant son arrêt, elle s'est parfois rendue dans sa mairie pour exercer son activité d'adjointe ; la sécurité sociale estime qu'elle n'aurait pas dû le faire.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Est-il raisonnable de traiter ce point dans un article issu d'un amendement ?

Mmes Cathy Apurceau-Poly et Silvana Silvani. – Exactement !

Mme Monique Lubin. – C'est en contradiction totale avec le statut d'autoentrepreneur !

L'amendement n°1061 n'est pas adopté.

M. le président. – [Amendement n°684](#) de Mmes Imbert et Richer, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement de coordination n°684, accepté par le Gouvernement, est adopté.

L'article 28 ter, modifié, est adopté.

Article 29 (Supprimé)

M. le président. – [Amendement n°1268 rectifié bis](#) de M. Chasseing et *alii*.

M. Daniel Chasseing. – Les maladies classées comme ALD non exonérantes sont à 39 % des troubles musculo-squelettiques (TMS) et à 33 % des dépressions légères. Quoique très différentes des ALD, qui concernent des maladies aiguës et graves, les ALD non exonérantes donnent droit aux mêmes avantages en matière d'arrêts de travail : 1 095 jours en trois ans. Elles coûtent trois fois plus cher que les ALD en IJ : 3 milliards d'euros.

Il faudrait classer les maladies non exonérantes en ALD de type 1, après avis du spécialiste concerné, de façon à adapter le remboursement et à éviter trois ans d'arrêt de travail – qui vont entraîner une inaptitude, une désinsertion du travail voire un licenciement. Privilégions la prévention et l'adaptation du poste de travail.

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

J'ai indiqué que je ne m'opposerais pas au rétablissement de l'article 29 si le Gouvernement apportait des garanties supplémentaires quant à l'accompagnement des assurés concernés.

Le régime des ALD non exonérantes n'apporte aucun suivi médical et se borne à maintenir le versement des IJ pour une durée plus longue.

La suppression du régime mettrait en difficulté les personnes concernées si elle n'est pas assortie de mesures pour favoriser le retour à l'emploi. Mieux

vaudrait développer les mi-temps thérapeutiques ou une favoriser les reconversions.

Ce sujet sensible mérite d'être retravaillé, il n'est pas abouti.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – Avis favorable au rétablissement de l'article dans sa version initiale.

La [loi pour renforcer la prévention en santé au travail](#) prévoit que les services de prévention en santé au travail disposent d'une cellule de prévention de la désinsertion professionnelle, ainsi que des mesures favorisant le retour à l'emploi, ou encore la visite de mi-carrière, en prévention de l'usure professionnelle.

Les services de prévention se mettent en ordre de marche.

Pour une personne souffrant de dépression légère, le retour dans l'emploi dans de bonnes conditions est sans doute préférable à la prolongation d'un arrêt maladie.

M. Daniel Chasseing. – Je suis d'accord avec la rapporteure : Il faut effectivement y retravailler.

Pourquoi des gens souffrant de TMS ou de dépression légère seraient-ils en arrêt de travail pendant trois ans ? Ils risquent d'être complètement désinsérés, et finir par être licenciés pour inaptitude.

Retravailons cet article, avec les médecins de la Cnam et les partenaires sociaux, afin de mieux calibrer les arrêts de travail pour maladies non exonérantes. Nous devons aussi définir des actions de prévention, d'accompagnement et d'aménagement de poste pour éviter une désinsertion du travail de ces personnes fragiles.

Mme Anne Souyris. – Cet article représente un recul social majeur pour les personnes atteintes d'ALD dites non exonérantes.

Peut-on vraiment qualifier de « légère » une dépression quand il y a ALD ? Ce cadre n'est pas un privilège mais la reconnaissance de l'existence de maladies qui durent, fragilisent et nécessitent un suivi.

La baisse drastique de la durée d'indemnisation et le rétablissement d'un délai de carence visent à réaliser 100 millions d'euros d'économies dès 2026, et 600 millions en 2028. Derrière ces chiffres, il y a des vies ! Vous voulez pousser les personnes à retourner plus vite au travail, mais aucun dispositif d'accompagnement n'est prévu. Vous ne créez pas les conditions de cette reprise ; vous traitez les effets, non les causes.

Si les arrêts longs augmentent, c'est parce que les conditions de travail se dégradent, que la charge mentale explose, que la pénibilité physique comme psychique s'intensifie. Au lieu d'agir sur la prévention, l'organisation du travail ou le soutien psychologique, on réduit les droits de ceux qui tombent malades !

Mme Corinne Féret. – Nous ne sommes pas favorables au rétablissement de l'article, pour les mêmes raisons.

Les TMS sont la première cause de maladie professionnelle, et les maladies psychiques augmentent fortement.

Il est urgent d'intégrer la santé au travail dans une politique de santé publique digne de ce nom.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Un médecin généraliste me disait qu'il ne fallait pas utiliser le terme de « dépression » pour qualifier une déprime, même forte. C'est un terme médical, qui justifie que l'on oriente le patient vers un spécialiste.

Quelle différence faites-vous entre une dépression légère et une déprime profonde ? Un diagnostic de dépression, c'est sérieux.

Vous détricotez la classification actuelle. Pourtant, il a fallu des années pour construire un tableau des ALD non exonérantes.

Nous n'avons pas besoin de sanctions déguisées, mais d'une vraie politique de prévention et de qualité de vie au travail.

L'amendement n°1268 rectifié bis n'est pas adopté.

L'article 29 demeure supprimé.

Après l'article 29 (Supprimé)

M. le président. – [Amendement n°1325](#) de Mme Poncet Monge et *alii*.

Mme Raymonde Poncet Monge. – La déconjugalisation de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) a été une avancée majeure, mais il faut aller plus loin. Les bénéficiaires de l'allocation supplémentaire d'invalidité (ASI) sont en situation de précarité : non seulement le montant de l'allocation est faible – 900 euros environ – mais elle est conditionnée aux ressources du foyer. Or ces personnes en invalidité peinent à trouver un emploi, ce qui les empêche de quitter leur conjoint.

La déconjugalisation de l'AAH a entraîné une disparité de traitement injustifiable entre les personnes en situation de handicap selon qu'elles perçoivent l'ASI ou l'AAH. Tous les acteurs du handicap demandent de déconjugaliser l'ASI, mais aussi l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa). Nous voulons une étude sur le sujet.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable à cette demande de rapport.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Vous n'avez pas d'avis sur le sujet ?

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – Même avis.

L'amendement n°1325 n'est pas adopté.

Article 30

M. le président. – [Amendement n°1350](#) du Gouvernement.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – Cet amendement élargit le périmètre de financement prévu à cet article aux systèmes d'aide à la dispensation pharmaceutique (SADP). En optimisant les interventions des pharmaciens, ils contribuent à l'efficacité de la prise en charge médicamenteuse et à la sécurité des patients.

Nous les rendons éligibles à la convention de financement et incluons l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse comme critère de performance.

M. le président. – [Amendement identique n°1832](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Il s'agit de limiter les risques de polymédication de la personne âgée et donc d'iatrogénie liée aux interactions médicamenteuses. Je remercie la ministre d'avoir déposé un amendement qui assure la recevabilité financière du nôtre.

M. le président. – [Amendement n°359 rectifié](#) de M. Henno et *alii*.

M. Olivier Henno. – Défendu.

M. le président. – [Amendement identique n°518](#) de M. Khalifé.

M. Khalifé Khalifé. – Défendu.

M. le président. – [Amendement n°1793](#) de Mme Souyris et *alii*.

Mme Anne Souyris. – Le texte actuel exige que les services numériques destinés aux professionnels de santé démontrent une « amélioration de la pertinence ». C'est une façon de réduire la prescription à un indicateur d'efficacité économique plutôt qu'à un acte de soins. Parlons plutôt de l'amélioration réelle de la prise en charge du patient.

Les outils numériques doivent soutenir les praticiens, non les surveiller. L'objectif premier de la transformation numérique en santé ne peut être que l'amélioration concrète du service rendu aux patients – par une information mieux partagée et des erreurs évitées, entre autres – et non la restriction de la liberté de prescription.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Demande de retrait des amendements identiques n°359 rectifié et 518 au profit du n°686.

Pour qu'un système d'aide à la décision médicale bénéficie d'un financement, l'article 30 n'exige pas de conformité à un référentiel de pertinence ni de certification par la HAS. Cette dernière préconise un référentiel *ad hoc*, plus souple que la certification existante. Notre amendement n°686 propose donc

qu'un tel référentiel constitue une condition supplémentaire pour bénéficier d'un financement.

Avis défavorable à l'amendement n°1793. La pertinence est au service de la qualité de la prise en charge des patients en réduisant les prescriptions inutiles ou redondantes.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – Avis défavorable à l'amendement n°1793 qui retire la notion de performance médico-économique.

Retrait des amendements identiques n°s359 rectifié et 518 au profit de l'amendement n°686.

M. Daniel Chasseing. – Mme Bourcier avait déposé un amendement à cet article visant à élargir le dispositif aux hébergeurs de données de santé certifiés qui améliorent la qualité des décisions médicales, renforcent la pertinence des actes et fluidifient les parcours de soins.

L'article se limite aux logiciels d'aide à la prescription médicale et ne prévoit aucun mécanisme pour inciter les plateformes à démontrer un impact mesurable sur l'efficacité des dépenses.

La pertinence des soins est source d'économies, mais cela suppose des données propres et structurées. Hélas retoqué au titre de l'article 40, cet amendement aurait engendré des économies réelles et mesurables et permis un financement durable des infrastructures.

*Les amendements identiques
n°s359 rectifié et 518 sont retirés.*

*Les amendements identiques
n°s1350 et 1832 sont adoptés.*

L'amendement n°1793 est sans objet.

M. le président. – [Amendement n°686](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Comme annoncé, cet amendement – soutenu par la HAS – prend en compte un référentiel de pertinence établi par la HAS, plus adapté que la certification existante, pour allouer un financement.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – Avis favorable.

L'amendement n°686 est adopté.

M. le président. – [Amendement n°687](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

*L'amendement rédactionnel n°687,
accepté par le Gouvernement, est adopté.*

M. le président. – [Amendement n°1833](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

*L'amendement rédactionnel n°1833,
accepté par le Gouvernement, est adopté.*

M. le président. – [Amendement n°688](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

*L'amendement rédactionnel n°688,
accepté par le Gouvernement, est adopté.*

M. le président. – [Amendement n°689](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cet amendement encadre par décret la durée maximale du financement alloué.

*L'amendement n°689, accepté
par le Gouvernement, est adopté.*

L'article 30, modifié, est adopté.

M. le président. – Il reste 279 amendements à examiner.

La séance est suspendue à 13 heures.

PRÉSIDENCE DE MME SYLVIE VERMEILLET,
VICE-PRÉSIDENTE

La séance reprend à 14 h 30.

Conférence des présidents

Mme la présidente. – Les conclusions adoptées par la Conférence des présidents réunie ce jour sont consultables sur le site du Sénat.

En l'absence d'observations, je les considère comme adoptées.

Mise au point au sujet d'un vote

M. Khalifé Khalifé. – Lors du scrutin public n°42, mon collègue Antoine Lefèvre souhaitait voter contre.

Acte en est donné.

Financement de la sécurité sociale pour 2026 (Suite)

Discussion des articles (Suite)
TROISIÈME PARTIE (SUITE)

Après l'article 30

Mme la présidente. – [Amendement n°842 rectifié bis](#) de M. Lévrier et du RDPI.

M. Martin Lévrier. – Le bon sens est au concepteur de logiciels ce que le platisme est à l'astronomie. C'est pourquoi cet amendement cherche à faire en sorte que les logiciels puissent enfin dialoguer entre eux. Mettons fin à la fragmentation actuelle, afin d'améliorer la performance de notre système de santé.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cet amendement est satisfait : l'Agence du numérique en santé veille au respect des référentiels d'interopérabilité et l'attribution de fonds publics est déjà conditionnée à cette exigence. Retrait ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Même avis. La loi le prévoit déjà, mais il y a encore du travail pour que cela soit effectif.

M. Martin Lévrier. – C'était un amendement d'appel. On ne peut pas dépendre des concepteurs de logiciels qui traînent et refusent de partager les informations – c'est inadmissible.

Mme Émilienne Poumirol. – Très bien !

L'amendement n°842 rectifié bis est retiré.

Article 31

Mme la présidente. – [Amendement n°246 rectifié ter](#) de M. Parigi et *alii*.

L'amendement n°246 rectifié ter n'est pas défendu.

Mme la présidente. – [Amendement n°404 rectifié ter](#) de Mme Lassarade et *alii*.

M. Laurent Duplomb. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°494 rectifié bis](#) de M. Milon et *alii*.

M. Khalifé Khalifé. – L'article 31 prévoit des sanctions pour les professionnels et établissements de santé qui n'utiliseraient pas le dossier médical partagé (DMP). L'objectif est louable, mais ce sont moins les médecins que les logiciels qui sont en cause. En attendant que ces derniers deviennent conformes, supprimons cet article.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°690](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Dans le précédent PLFSS, nous avons préconisé une approche incitative. Mais le Conseil constitutionnel a censuré notre dispositif, au motif que son impact sur les dépenses sociales était trop indirect. Dommage, nous préférons l'incitative à la punition. M. Lévrier a raison : les éditeurs ont leur part de responsabilité ; ceux qui traînent des pieds mériteraient d'être sanctionnés.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Avis défavorable à ces amendements de suppression. Madame la rapporteure, c'est incitatif depuis... 2019. Certains

professionnels font déjà cet effort, aidons les autres à le faire.

Certains amendements reportent la date de mise en œuvre des sanctions : pourquoi pas ? Mais le message doit rester le même : allons-y, car cela améliore la qualité des soins. Il ne s'agit pas d'embêter les professionnels ! Lors d'un déplacement, j'ai rencontré des urgentistes qui m'ont demandé de faire en sorte que le DMP soit rempli. Je suis ouverte au compromis, et notamment au décalage de la date d'entrée en vigueur des sanctions.

Monsieur Lévrier, des amendements proposent aussi de sanctionner les éditeurs lorsqu'ils sont responsables de la difficulté à remplir le DMP.

Mme Anne Souyris. – Je voterai contre la suppression de l'article 31, en dépit de ses angles morts et de ses rigidités.

Le DMP doit enfin être utile, complet et opérationnel. Les professionnels de santé perdent trop de temps à chercher un résultat d'examen, alors que le DMP permettrait d'y avoir accès en un clic. Il éviterait aussi des actes inutiles, alors que plus de 40 % des examens d'imagerie sont redondants. Il améliorerait la coordination hôpital-médecine de ville.

Nos amendements visent à rendre le DMP plus juste et applicable : les professionnels et les établissements ne doivent pas être sanctionnés si le logiciel est défaillant ; le DMP mériterait d'inclure le dossier pharmaceutique ; le patient doit rester maître de ses données. Supprimer cet article, c'est accepter une situation non optimale... *(Ayant dépassé son temps de parole, l'oratrice est interrompue par la présidente.)*

Mme Émilienne Poumirol. – Nous convenons tous de l'intérêt du DMP. Mais *quid* de son interopérabilité avec l'hôpital ? Moi qui suis ignare en informatique, il me semble que les logiciels devraient dialoguer...

Monsieur Lévrier, lorsque je me suis informatisée, les médecins avaient le choix entre deux ou trois logiciels. Il y a dorénavant une foultitude de systèmes sur ce marché juteux.

Entre le Sdis et l'hôpital, on a dû bidouiller un système pour que les fiches des sapeurs-pompiers n'aient pas à être ressaisies à l'arrivée des patients aux urgences.

M. Bernard Jomier. – Le problème n'est pas l'obligation mais l'inadaptation des outils, car l'interopérabilité n'est pas effective, alors que les éditeurs ont jusqu'à la mi-2026 pour se mettre à jour.

Toutes les fonctionnalités ne sont pas encore opérationnelles : ce n'est pas une question de mauvaise volonté. Et les établissements de santé sont encore plus en retard.

Alors, pourquoi pas l'an prochain ? Cette année, ce serait précipité. Il faudrait décaler la date d'entrée en vigueur des sanctions, les alléger...

On peut aussi imaginer d'autres outils pour éviter les actes d'imagerie redondants, avec une alerte en cas de répétition d'une lettre clé, par exemple.

M. Olivier Henno. – Je suis partagé. Oui, le DMP doit être mis en place – je me souviens des interventions de Jean-Marie Vanlerenberghe. Après l'incitation, le temps de la contrainte est peut-être venu...

J'ai testé le DMP, comme patient. Il y a plus simple... Lorsqu'on ne laisse pas le choix, il faut être irréprochable. Se fixer un objectif avec un délai de réalisation est souvent la meilleure méthode pour réussir.

M. Martin Lévrier. – Monsieur Henno, les éditeurs de logiciel nous écoutent. « S'il n'y a pas de solution, c'est qu'il n'y a pas de problème », vont-ils nous répondre, en bons Shadoks.

Pendant un an, j'ai vécu une galère parce que mon DMP était mal rempli. Certains laboratoires le remplissent, d'autres pas ; l'hôpital ne le remplit pas ; il faut 500 clics au médecin pour retrouver un dossier...

Nous, politiques, pouvons contraindre les éditeurs de logiciel. Ils profitent du fait que nous les croyons. Je ne les crois plus. Il est urgent de leur fixer des dates impératives, avec des pénalités de retard.

Le DMP est indispensable. Nous en parlons depuis 2017. Maintenant, imposons-le.

M. Daniel Chasseing. – Je suis d'accord avec Émilienne Poumirol. Le DMP est indispensable, mais il faut de l'automatisme, sinon les médecins, notamment retraités, vont se décourager. Je voterai ces amendements.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – L'année dernière, nous privilégions l'incitatif ; là, on passe au punitif. Or les éditeurs sauront-ils surmonter les difficultés techniques et logistiques ?

Cela me rappelle le débat sur la sérialisation des médicaments d'officine, imposée par l'Union européenne. Du jour où la solution pour scanner les codes-barres des boîtes de médicaments a été disponible, une sanction de 10 000 euros a été décrétée – sans problème.

Beaucoup d'argent public a déjà été consacré au DMP (*on le confirme à gauche*) : la balle est dans le camp des éditeurs.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Nous sommes tous d'accord, donc ne supprimons pas l'article. Je vous propose de reporter la sanction à 2028. Plus de la moitié des documents sont déjà télétransmis ; c'est donc possible. Je ne nie pas les problèmes de logiciel, mais nous avons prévu des financements publics jusqu'en 2027. Je ne sais pas jusqu'à quand je serai aux affaires (*sourires*), alors j'essaie d'être efficace.

Je sais qu'il s'agit d'un effort, mais le DMP sauve des vies.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Si cet article est utile, amendons-le. Le supprimer, c'est encourager la procrastination.

Je retiens l'expression « aider à faire des efforts »...

Pourquoi ne pas accepter nos amendements qui repoussent la date d'entrée en vigueur des sanctions ? Il nous arrive de décaler de la sorte, notamment pour des questions techniques. Mais supprimer l'article, c'est encourager ceux qui traînent des pieds. En décalant les sanctions, on passerait de 50 % des documents télétransmis à 75 % en milieu d'année, puis à 100 % en fin d'année.

M. Khalifé Khalifé. – Ce n'est pas le cardiologue des services d'urgences que j'ai été pendant quarante ans qui niera l'intérêt du DMP.

La suppression de l'article est peut-être un peu hâtive. Mais les pénalités prévues inquiètent les médecins, déjà submergés par la paperasserie.

Je rejoins Mme Poncet Monge : peut-être pourrait-on prévoir les sanctions « dès que les logiciels sont opérationnels » ? À cette condition, je retirerais l'amendement de suppression.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Il me semble que votre amendement n°463 rectifié le prévoit.

Mme Annie Le Houerou. – Pour inciter les éditeurs à avancer, l'agrément de la Cnam ne devrait pas être accordé aux logiciels qui ne sont pas interopérables. C'est facile : il faut sanctionner les opérateurs et attendre 2028, pour pousser chacun à faire des efforts.

M. François Patriat. – Si nous votons l'amendement de suppression, nous ne pourrions pas examiner ceux qui suivent. (*Mmes Raymonde Poncet Monge et Cathy Apourceau-Poly approuvent.*)

À l'issue d'une épreuve à main levée déclarée douteuse, les amendements identiques n°s 404 rectifié ter, 494 rectifié bis et 690, mis aux voix par assis et levé, sont adoptés, et l'article 31 est supprimé.

Les amendements n°s [1628](#), [569](#), [1472 rectifié bis](#), [218 rectifié ter](#), [463 rectifié](#), [1432 rectifié bis](#), [272 rectifié bis](#), [360 rectifié bis](#), [368 rectifié bis](#), [1420](#), [1437](#), [1630](#), [570](#), [1473 rectifié bis](#), [1546 rectifié quater](#), [1547 rectifié quater](#), [1438](#) et [1766](#) n'ont plus d'objet.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Et voilà, on ne discute pas. Et dans un an, on aura le même débat...

Après l'article 31

Mme la présidente. – [Amendement n°332](#) de Mme Szczurek et alii.

L'amendement n°332 n'est pas défendu.

Article 32

Mme la présidente. – [Amendement n°1834 rectifié](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n°1834 rectifié rédactionnel, accepté par le Gouvernement, est adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°408 rectifié](#) de Mme Lassarade et *alii*.

Mme Florence Lassarade. – L'article 32 prévoit l'expérimentation de la réutilisation des médicaments non utilisés, mais limitée aux produits délivrés par les pharmacies hospitalières.

Or les patients rapportent indifféremment les médicaments d'officine ou de l'hôpital. Pour garantir une équité d'accès, nous proposons d'étendre l'expérimentation à tous les médicaments remboursables par l'assurance maladie.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°970 rectifié](#) de Mme Jacquemet et *alii*.

M. Daniel Fargeot. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement n°312 rectifié bis](#) de M. Milon et *alii*.

M. Khalifé Khalifé. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1009 rectifié ter](#) de Mme Bourcier et *alii*.

M. Daniel Chasseing. – L'expérimentation prévoit une dérogation pour les anticancéreux, qui pourront être dispensés à nouveau par une PUI, indépendamment de leur circuit de dispensation initial. Étendons cette possibilité à tous les médicaments remboursables par l'assurance maladie.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – J'ai des réserves sur cette expérimentation. J'entends que le projet est soutenu notamment par Unicancer, mais les syndicats des pharmaciens hospitaliers s'inquiètent de la traçabilité des médicaments.

Je sollicite l'avis du Gouvernement, notamment sur l'extension du champ de l'expérimentation à tous les médicaments remboursables.

Il me semble nécessaire de travailler sur le conditionnement des médicaments, comme cela a été fait pour les opioïdes, notamment pour les médicaments très onéreux.

Comment garantir la sécurité de médicaments qui sortent du circuit, puis reviennent ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Nous devons effectivement être très précautionneux. L'expérimentation, lancée à la demande d'Unicancer, est très cadrée. Nous allons commencer par les anticancéreux, puis, le cas échéant, l'étendre à d'autres médicaments.

Je serai défavorable aux amendements ouvrant le champ de l'expérimentation au secteur médico-social,

car cela complexifie les circuits. Mais avis favorable à ces quatre premiers amendements.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Je suis réservée, mais pas défavorable, ne serait-ce qu'au vu du prix de certains médicaments.

Nous avons la chance d'avoir un circuit du médicament très efficace. Les pharmacies des hôpitaux réutilisent des médicaments, mais elles ont la garantie qu'ils ne sont pas sortis du circuit.

Il faut aussi travailler avec l'industrie pharmaceutique à adapter les conditionnements, selon les recommandations de la HAS.

Je suis l'avis favorable du Gouvernement.

Les amendements identiques n°s 408 rectifié et 970 rectifié sont adoptés.

Les amendements identiques n°s 312 rectifié bis et 1009 rectifié ter n'ont plus d'objet.

Mme la présidente. – [Amendement n°1239](#) de M. Hochart et *alii*.

M. Aymeric Durox. – Nous étendons l'expérimentation aux établissements médico-sociaux, qui gèrent d'importants stocks de médicaments dans des conditions de traçabilité strictes. Cela permettrait de réduire le gaspillage. Seuls les établissements disposant d'une PUI ou d'un système de gestion conforme aux bonnes pratiques participeraient à l'expérimentation.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Avis défavorable : soit les établissements ont déjà une PUI, et ils le font déjà ; soit ils n'ont pas de pharmacien référent et il ne faut pas les faire entrer dans l'expérimentation.

Sachez, madame la rapporteure, que nous travaillons avec les acteurs du secteur pharmaceutique pour améliorer le conditionnement des médicaments.

L'amendement n°1239 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°1267 rectifié bis](#) de M. Chasseing et *alii*.

M. Daniel Chasseing. – Les pharmacies d'officine pourraient récupérer les médicaments non utilisés pour les remettre aux établissements sociaux ou médico-sociaux avec lesquels ils sont conventionnés.

Nous, médecins, lors de nos visites aux personnes âgées, ouvrons les placards et trouvons souvent des boîtes de paracétamol, mais aussi d'autres médicaments très onéreux, qui n'ont pas été utilisés – parce que le spécialiste a changé le traitement du patient – et qui vont terminer à la poubelle. Il y a une réflexion à mener.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable. L'ordre des pharmaciens est très

préoccupé par une telle extension. Je rappelle qu'au niveau mondial le trafic de faux médicaments rapporte plus que le trafic de drogue et que l'OMS a interdit dès 2009 la redistribution de médicaments non utilisés.

Quant aux patients qui accumulent de petites boîtes jaunes dans leur pharmacie, le travail de pédagogie incombe au médecin. Avant, quand il allait à domicile, il regardait la pharmacie. On récupère moins de médicaments non utilisés que par le passé, et tant mieux.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Même avis.

M. Daniel Chasseing. – Les médecins qui se déplacent – il y en a encore en Corrèze – trouvent dans les placards des médicaments prescrits, mais inutilisés. Il faut trouver une solution.

L'amendement n°1267 rectifié bis est retiré.

Mme la présidente. – [Amendement n°691](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – La possibilité de céder à des établissements publics de santé ou médico-sociaux des masques issus du stock stratégique de l'État avant leur péremption est une mesure de bonne gestion, recommandée par la Cour des comptes.

Attention cependant à ne pas mettre en danger, même temporairement, le stock stratégique de l'État, évalué à 2 milliards de masques. Le covid nous invite à la prudence, d'autant que les délais de réapprovisionnement sont longs.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – La constitution de notre stock stratégique de masques est une priorité, avec un objectif de 2 milliards de masques en 2029. Les cessions ne concerneront que les produits excédant les cibles annuelles. Votre amendement est satisfait : retrait, sinon avis défavorable.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Je vous fais confiance.

L'amendement n°691 est retiré.

Mme la présidente. – [Amendement n°273 rectifié ter](#) de M. Milon et *alii*.

M. Jean Sol. – La réduction de l'impact environnemental des produits de santé doit faire partie des missions des PUI.

L'amendement précise également que les sorties d'hospitalisation peuvent donner lieu à une perte de médicaments sous forme de déchets lorsque leur conditionnement de vente n'est pas adapté aux durées de séjour.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°361 rectifié bis](#) de M. Henno et *alii*.

M. Olivier Henno. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°369 rectifié ter](#) de Mme Romagny et *alii*.

Mme Anne-Sophie Romagny. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1439](#) de M. Khalifé.

M. Khalifé Khalifé. – Défendu.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Si je comprends bien les amendements, vous souhaitez que des médicaments dispensés à des patients, entamés, mais non terminés, leur soient remis et facturés à l'issue de leur hospitalisation ?

Sachez que les hôpitaux dispensent déjà de très nombreux médicaments à l'unité. Il y a donc peu de pertes. Lorsque les conditionnements ont été entamés, le patient quitte l'hôpital avec ses médicaments, mais sans être facturés. Faudrait-il les lui facturer et qu'il en demande ensuite le remboursement à l'assurance maladie ? Qu'en pense le Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. – C'est un amendement intéressant, avec les réserves que vous indiquez, madame la rapporteure. Avis défavorable.

Mme Émilienne Poumirol. – Au nom de mon groupe, je souhaite exprimer notre intérêt pour l'expérimentation inspirée par Unicancer. Pour avoir discuté avec le directeur de l'Oncopôle de Toulouse, je sais que les oncologues y sont très favorables.

Certes, les anticancéreux sont distribués en petites quantités, mais le patient peut changer de chimiothérapie ou décéder et les familles se retrouvent avec ces médicaments dont elles ne savent que faire.

Faisons confiance aux pharmaciens des PUI, qui savent quand on peut réutiliser ces produits. S'agissant de médicaments extrêmement onéreux, l'économie est certaine.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Nous sommes favorables à cet article 32 et aux amendements qui vont dans le même sens.

Le 13 octobre dernier, Céline Brulin a déposé une [proposition de loi](#) pour céder gratuitement aux hôpitaux les masques arrivant à péremption.

D'après l'inventaire de janvier 2024, près de 700 millions de masques achetés au prix fort pendant la pandémie étaient périmés ou près de l'être. Sans changement législatif, ils devront être recyclés ou détruits.

En mai 2025, la Cour des comptes a recommandé de faire évoluer le cadre juridique et d'organiser un circuit de distribution des masques avant péremption en fonction des besoins des hôpitaux publics. Un amendement adopté dans le PLFSS 2022 a été censuré par le Conseil constitutionnel, qui a considéré qu'une telle mesure devait faire l'objet d'un véhicule législatif ordinaire – d'où notre proposition de loi. J'espère que cet article ne sera pas de nouveau censuré. Sinon, cosignez notre proposition de loi !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Je suis l'avis défavorable du Gouvernement.

*Les amendements identiques
n°s 273 rectifié ter, 361 rectifié bis,
369 rectifié ter et 1439 ne sont pas adoptés.*

L'article 32, modifié, est adopté.

Après l'article 32

Mme la présidente. – [Amendement n°841 rectifié](#) de M. Lévrier et du RDPI.

M. Martin Lévrier. – Le gaspillage de médicaments coûte des centaines de millions d'euros, sans parler des conséquences environnementales. Cet amendement rend obligatoire, lorsque c'est techniquement possible, la délivrance des médicaments à l'unité, dans des emballages hermétiques et prédécoupés. Cela permettrait de réduire l'automédication, le coût pour l'assurance maladie et la pollution. L'Inserm considère que cela réduirait de 10 % notre consommation d'antibiotiques, pour une économie de 450 millions d'euros par an.

Mme la présidente. – [Amendement n°843 rectifié](#) de M. Lévrier et du RDPI.

M. Martin Lévrier. – Nous proposons dans cet amendement que la délivrance se fasse à l'unité. Nous n'avons rien inventé : cela existe ailleurs en Europe.

Mme la présidente. – [Amendement n°1240](#) de M. Hochart et *alii*.

M. Aymeric Durox. – Défendu.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Ces amendements portent sur la dispensation à l'unité, qui est plutôt la norme dans les établissements de santé, mais l'exception en ville. Dans un [rapport](#) récent, la Cour des comptes a estimé que son développement était une source d'économies, mais que ce n'était pas la solution à tout. Si les avantages de ce modèle sont reconnus – lutte contre le gaspillage, moindre risque d'iatrogénie –, il n'est pas généralisable en ville : la dispensation à l'unité nécessiterait une transformation profonde de la chaîne de production et de distribution – pour des gains limités. Selon la Cour, une telle organisation nécessiterait un accroissement de 5 à 10 % des ressources humaines. De plus, cela ne fonctionne pas pour les injections et les formes pédiatriques. Cela dit, je souscris à la nécessité d'œuvrer au conditionnement en plus petite quantité des médicaments, conformément aux recommandations de la HAS.

Pour les traitements chroniques, il n'y a pas de sujet ; c'est une question d'observance. Pour le reste, chacun doit être renvoyé à ses responsabilités – ou à son intérêt...

Nous devons mener un travail de pédagogie, mais aussi dialoguer avec l'industrie pharmaceutique.

Pour les antibiotiques, c'est une fausse bonne idée. Avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Les derniers PLFSS prévoient la possibilité de dispenses à l'unité en cas de pénurie. Toutefois, les pharmaciens devraient procéder à des investissements importants. Retrait, sinon avis défavorable pour des raisons pratiques.

M. Jean-Luc Fichet. – Il n'y a pas si longtemps, le médicament était un produit que l'on prenait avec beaucoup d'attention en suivant scrupuleusement les indications du médecin. Puis, pour des raisons économiques et face au manque de praticiens, l'automédication a été encouragée. Une foule de médicaments plus ou moins efficaces est alors apparue, transformant les pharmacies en des sortes d'épiceries.

Nous devons mener une réflexion de fond sur le conditionnement des médicaments.

Mme Émilienne Poumirol. – La dispensation à l'unité est difficile à mettre en place. Le plus efficace serait d'imposer aux industries pharmaceutiques un conditionnement correspondant à la prescription classique du médicament. Certains malins produisent des boîtes de 28 comprimés pour des traitements de trente jours... Si une antibiothérapie dure six jours, il faut des boîtes correspondant à six jours de traitement.

M. Martin Lévrier. – Pour préciser mon amendement n°841 rectifié : certains pays ont mis en place des rouleaux de médicaments. Le seul investissement lourd demandé aux pharmaciens, c'est une paire de ciseaux pour découper le nombre nécessaire. C'est plutôt à l'industrie que je demande de gros efforts.

Madame la rapporteure, plusieurs pays européens y ont déjà recours, je ne suis pas sûr que ce soit « une fausse bonne idée »...

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Nous devons avancer petit à petit sur ce sujet, en grignotant du terrain aux industriels, boîte de médicament par boîte de médicament. Le ministère mène actuellement une réflexion sur les quinolones, en vue d'une délivrance à l'unité. Vous proposez une modification d'un coup, ce n'est pas réaliste.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – On ne peut pas demander de sérialiser les médicaments soumis à prescription obligatoire d'un côté, et mettre en place un rouleau de médicaments de l'autre – même avec une bonne paire de ciseaux... (*M. Martin Lévrier s'exclame.*)

Je vous invite à passer une journée dans une officine dans vos départements pour observer le travail des pharmaciens !

J'insiste sur la sérialisation demandée aux pharmaciens.

Je reprends les termes du rapport de la Cour des comptes : la dispensation de médicaments à l'unité ne paraît pas être une piste généralisable.

Monsieur Fichet, une petite plaisanterie : on nous traitait d'épiciers il y a quelques années. Désormais, nous avons enfin nos épiceries !

L'amendement n°841 rectifié n'est pas adopté, non plus que les amendements n°843 rectifié et 1240.

Article 33

Mme la présidente. – [Amendement n°692](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Amendement rédactionnel.

Mme la présidente. – [Amendement n°1293 rectifié bis](#) de M. Sol et *alii*.

M. Jean Sol. – Défendu.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable à l'amendement n°1293 rectifié.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Avis favorable à l'amendement n°692, et avis défavorable à l'amendement n°1293 rectifié.

L'amendement n°692 est adopté et l'amendement n°1293 rectifié n'a plus d'objet.

Mme la présidente. – [Amendement n°1631](#) de Mme Souyris et *alii*.

Mme Anne Souyris. – Supprimons le dispositif de tiers payant contre les biosimilaires et hybrides substituables : lorsqu'un patient refuse la substitution proposée par le pharmacien, il perd le bénéfice du tiers payant et doit avancer les frais. Le volet financier devient un levier pour imposer un changement. Nous devons améliorer la pénétration des biosimilaires, mais nous ne pouvons pas le faire contre les patients.

Ce type de dispositif risque de susciter la défiance. Même l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) souligne que la substitution en officine doit rester limitée et être partagée avec le patient. On ne change pas un traitement biologique comme du paracétamol.

La confiance, voilà l'enjeu essentiel pour développer les biosimilaires.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable. La commission soutient le développement des biosimilaires en ville dont le taux de pénétration n'était que de 34 % en 2024. Ceux-ci sont 30 % moins chers que les médicaments de référence ; l'assurance maladie estime que les économies générées en 2026 par les biosimilaires s'élèveront à 130 millions d'euros. L'article 33 équilibre le mécanisme de tiers payant par la possibilité accordée au prescripteur d'indiquer la non-substituabilité de la spécialité.

Enfin, le pharmacien devra, comme il le fait déjà quotidiennement, accompagner les patients lors de la substitution d'un biosimilaire.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Avis défavorable. Je comprends la méfiance des patients lorsqu'on leur change leur traitement. Mais quand leur explique, ils ne sont pas contre. En tant que médecin, j'avais pu moi-même le constater. Comme pour la vaccination, la substitution par des biosimilaires suppose d'abord de rassurer le patient.

Mme Émilienne Poumirol. – Je ne rappellerai pas l'importance des frais de médicaments dans le budget de la sécurité sociale... Les biosimilaires sont une possible source d'économies – près de 130 millions d'euros. Si leur pénétration est importante à l'hôpital – plus de 80 % –, des progrès sont nécessaires en ville.

Contrairement aux médicaments génériques, dont la molécule est exactement identique à celle du princeps, les biosimilaires sont une copie très proche du médicament biologique, mais jamais exactement identique. J'avais déposé un amendement, déclaré irrecevable, prévoyant que le pharmacien opère la première substitution, en accord avec le patient, mais ne change pas ensuite sans cesse de biosimilaire.

Seul le dialogue entre le pharmacien, le médecin et le patient favorisera la pénétration des biosimilaires en ville.

L'amendement n°1631 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°1291 rectifié](#) de M. Sol et *alii*.

M. Jean Sol. – Nous rendons automatique le droit de substitution d'un médicament biologique par son biosimilaire par les pharmaciens.

Mme la présidente. – [Amendement n°1292 rectifié](#) de M. Sol et *alii*.

M. Jean Sol. – Cet amendement de repli vise à simplifier la mise à jour de la liste des biosimilaires substituables.

Mme la présidente. – [Amendement n°693](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cet amendement ramène de un an à six mois le délai d'inscription automatique des groupes biologiques similaires sur la liste des groupes substituables. Sauf avis contraire de l'ANSM, le Gouvernement pourra autoriser les pharmaciens d'officine, six mois après l'inscription au remboursement du premier biosimilaire appartenant à un groupe, à délivrer, par substitution au médicament biologique de référence prescrit, un biosimilaire appartenant à ce groupe.

L'amendement n°1291 autorise une substitution par un biosimilaire dès l'inscription sur la liste : au regard de la spécificité de ces médicaments, un délai – ramené à six mois par la commission, donc – reste

nécessaire. Retrait au profit de l'amendement n°693 de la commission.

Retrait, sinon avis défavorable de l'amendement n°1292 rectifié, car la procédure d'inscription et d'autorisation de substitution mise en place en 2023 fonctionne : inutile de confier cette mission à l'ANSM.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Avis défavorable à ces trois amendements.

L'amendement n°1292 rectifié complexifie le processus. Les amendements n°1291 rectifié et 639 prévoient des délais légèrement différents. Les lois de financement de la sécurité sociale pour 2024 et 2025 ont déjà réduit les délais au maximum ; ne revenons pas sur l'équilibre trouvé. La suppression de la continuité de traitement avec le même médicament est en outre difficilement envisageable.

L'amendement n°1292 rectifié est retiré, ainsi que l'amendement n°1291 rectifié.

L'amendement n°693 est adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°1639](#) de Mme Souyris et *alii*.

Mme Anne Souyris. – Lorsqu'un médicament biologique est substitué par un biosimilaire en officine, le patient doit en être informé. La décision doit se prendre avec lui, et non à sa place – c'est l'esprit même de la démocratie sanitaire.

Toutes les associations d'usagers le disent : la diffusion des biosimilaires repose sur la confiance. Cet amendement vise à instaurer une information claire et un véritable dialogue au moment de la substitution d'un médicament. L'ANSM elle-même estime que la substitution doit se faire selon une procédure encadrée.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – C'est le cœur de métier des pharmaciens que vous souhaitez inscrire dans la loi !

Avis favorable, même si cela alourdit le code.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Retrait, sinon avis défavorable, car l'information du patient par le pharmacien figure déjà dans les textes.

L'amendement n°1639 est adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°498 rectifié](#) de M. Milon et *alii*.

M. Khalifé Khalifé. – Les changements répétés de biosimilaires peuvent engendrer chez les patients des effets nocebo et une baisse de l'observance thérapeutique. Inscrivons dans la loi le principe selon lequel un patient doit conserver le même biosimilaire tout au long de son traitement – sauf pour raison médicale ou en cas d'indisponibilité.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis favorable. Les biosimilaires peuvent présenter des différences, notamment au niveau des dispositifs

d'injection : cela peut avoir un impact important pour le patient en auto-administration.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Je joue toujours le mauvais rôle... Retrait, sinon avis défavorable, car votre amendement est satisfait.

L'amendement n°498 rectifié est adopté.

L'article 33, modifié, est adopté.

Article 34

Mme la présidente. – [Amendement n°512 rectifié bis](#) de M. Laouedj et *alii*.

M. Ahmed Laouedj. – L'article 34 procède à une réforme d'ampleur de nos dispositifs d'accès aux traitements innovants.

Il restreint le dispositif d'accès précoce : seuls seraient éligibles les médicaments sans autorisation de mise sur le marché ou ceux dont les données cliniques seraient jugées insuffisamment matures. Il inscrit dans la loi de nouvelles règles relatives à la continuité des traitements. Par ailleurs, il permet de prendre en compte les prix pratiqués dans certains pays non européens pour faire baisser les tarifs français, ce qui pourrait avoir un impact significatif sur la politique de prix des médicaments innovants.

Cette réforme risque de restreindre l'accès précoce pour les patients souffrant de maladies graves, rares ou invalidantes, qui n'ont souvent aucune alternative thérapeutique. Supprimons cet article.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Cet amendement sera satisfait par l'amendement n°1815 de rédaction globale de l'article que s'apprête à présenter le Gouvernement. Celui-ci renonce en effet à toutes les modifications apportées dans le texte initial au régime des accès dérogatoires et prolonge l'expérimentation de l'accès direct. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Retrait. Les débats à l'Assemblée nationale nous ont convaincus de la nécessité de faire évoluer le texte. L'amendement n°1815 y pourvoit.

L'amendement n°512 rectifié bis est retiré.

Mme la présidente. – [Amendement n°1815](#) du Gouvernement.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Nous modifions le texte initial en maintenant inchangés les dispositifs d'accès précoce et compassionnel, et en prolongeant l'expérimentation d'accès direct pour deux années supplémentaires.

Nous élargissons les dispositions relatives aux critères de fixation et de modification des prix des produits de santé, afin que le Comité économique des produits de santé (CEPS) puisse étudier d'autres pays pour ses comparaisons.

Mme la présidente. – [Sous-amendement n°1854](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Ce sous-amendement s'oppose à la possibilité de décider de baisses tarifaires sur les prix des produits de santé en se fondant sur des tarifs extraeuropéens, alors que les prix en France ne sont déjà pas particulièrement élevés. Une telle mesure nuirait à l'attractivité du marché français et nous ferait courir des risques d'approvisionnement. L'Ondam prévoit en outre des baisses de prix sur les médicaments et les dispositifs médicaux : inutile de prendre d'autres mesures.

L'article 34 prévoyait initialement une réforme en profondeur du régime de l'accès précoce pour tenir compte de la pérennisation proposée de l'accès direct, mais aussi pour réaliser quelques économies.

Je remercie le Gouvernement de l'avoir réécrit. La prudence doit prévaloir, la proposition n'était pas assez mûre. Je me réjouis que le Gouvernement se borne à prolonger l'expérimentation d'accès direct et engage des concertations avec les industriels pour aboutir à une réforme de chaque accès dérogatoire.

Avis favorable à l'amendement n°1815, sous réserve de l'adoption de notre sous-amendement.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Retrait du sous-amendement n°512 rectifié *bis*, sinon avis défavorable. Nous devons maintenir l'attractivité des marchés. Or vous mentionnez un niveau d'objectif de baisse de prix trop élevé.

Le PLFSS demande déjà à tous les acteurs de faire des efforts, industrie pharmaceutique comprise.

La dépense liée aux médicaments est par ailleurs très dynamique, notamment en raison de l'arrivée d'innovations thérapeutiques pour les patients.

Les baisses de prix font l'objet de négociations conventionnelles entre le CEPS et les laboratoires ; nous n'y touchons pas.

Mme Émilienne Poumirol. – Je voterai l'amendement du Gouvernement. La prolongation de l'expérimentation permet un gain de temps et une amélioration évidente dans l'accès aux médicaments innovants.

Je souhaite néanmoins attirer votre attention sur le rôle des laboratoires. Ces derniers doivent s'engager à demander l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans l'année qui suit. Or beaucoup d'entre eux essaient de prolonger l'accès précoce, afin de bénéficier d'un prix élevé. Trop de médicaments qualifiés d'innovants restent à des prix élevés très longtemps, alors qu'ils ont été remplacés par d'autres molécules plus innovantes.

Les discussions entre le CEPS et les industriels doivent être plus transparentes. Mais on nous oppose toujours le secret des affaires... Pourtant, des prix plus

justes permettraient des économies importantes sur les dépenses de santé.

Le sous-amendement n°1854 est adopté.

L'amendement n°1815 rectifié, sous-amendé, est adopté et l'article 34 est ainsi rédigé.

En conséquence, les amendements n^{os} [1435](#), [1835](#), [694](#), [1695 rectifié bis](#), [696](#), [695 rectifié](#), [697](#), [267 rectifié bis](#), [698](#), [748 rectifié bis](#), [1440](#), [699](#) et [700](#) n'ont plus d'objet.

Après l'article 34

Mme la présidente. – [Amendement n°1726](#) de Mme Poumirol et du groupe SER.

Mme Émilienne Poumirol. – Cet amendement permet une exploitation plus effective des données en vie réelle recueillies dans le cadre de l'accès précoce. Les entreprises doivent ainsi recueillir les données en vie réelle des patients traités, qui portent sur l'efficacité, les effets indésirables, les conditions réelles d'utilisation et les caractéristiques de la population bénéficiant du médicament.

Ces données, primordiales, sont peu utilisables par les professionnels. Cet amendement uniformise leur publication, trop disparate à l'heure actuelle, ce qui constitue un frein à leur utilisation.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Il serait utile pour les chercheurs de disposer de ces données. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Un modèle de collecte des données pour les maladies rares et en oncologie est en cours de déploiement.

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

Mme Émilienne Poumirol. – Le directeur de l'Oncopôle de Toulouse m'indiquait que l'accès à ces données était restreint. Je souhaite simplement les mettre à disposition des médecins et des chercheurs.

L'amendement n°1726 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°20 rectifié](#) de Mme Romagny et *alii*.

Mme Anne-Sophie Romagny. – C'est une demande de rapport – j'anticipe votre réponse et je ne m'en offusquerai pas.

Dans le contexte de l'accélération des progrès biomédicaux, ne faudrait-il pas prendre en compte des données médico-économiques dans l'évaluation des médicaments, telles que le retard d'hospitalisation ou le retour précoce au travail. Nous pourrions ainsi faire évoluer le prix des médicaments.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Ma chère collègue, vous avez donné l'avis de la commission avant de l'entendre (*sourires*) : sans surprise, donc, avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Oui, de tels critères doivent être pris en compte. Mandat a été donné à la présidente du CEPS de les développer, en lien avec la HAS, afin de renégocier l'accord-cadre en ce sens. Votre intention est satisfaite, demande de retrait.

Mme Anne-Sophie Romagny. – Madame la ministre, je vous fais confiance et je retire mon amendement, mais j'attends un suivi.

L'amendement n°20 rectifié bis est retiré.

Mme la présidente. – [Amendement n°296 rectifié bis](#) de M. Milon et *alii*.

Mme Florence Lassarade. – Cet amendement d'appel vise à susciter le débat sur l'intégration des critères environnementaux dans la politique de fixation des prix des produits de santé, notamment en prenant en compte le critère carbone, selon une recommandation du Shift Project.

Actuellement, seuls les critères économiques, sanitaires et industriels sont pris en compte : faute de critère environnemental explicite, les pouvoirs publics n'ont pas les moyens d'encourager les acteurs vers la décarbonation de leurs activités. Or les industries de santé représentent une part significative des émissions de gaz à effet de serre. Un tel critère enverrait un signal fort aux entreprises, répondant à l'impératif de l'accélération de la décarbonation du secteur de la santé.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Je partage votre ambition de décarbonation de l'industrie pharmaceutique. Mais le déterminant principal du prix d'un produit de santé doit rester l'amélioration du service médical rendu (ASMR). Comprendrions-nous que deux médicaments d'une même classe thérapeutique n'aient pas le même prix ? Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Retrait. En mai 2023, une [feuille de route](#) pour la planification écologique du système de santé a été publiée avec pour objectif de décarboner l'industrie du médicament et les dispositifs médicaux.

De même, une circulaire applicable aux établissements de santé prévoyait d'intégrer l'impact carbone des appels d'offres de médicaments comme critère d'évaluation de l'offre. L'amendement est donc satisfait.

L'amendement n°296 rectifié bis est retiré.

Mme la présidente. – [Amendement n°1617](#) de Mme Poumirol.

Mme Émilienne Poumirol. – Cet amendement vise à préciser la connaissance des investissements réels de l'industrie pharmaceutique au titre de la recherche et du développement, ainsi que celle du financement public de cette recherche, afin de compléter les critères de fixation du prix des

médicaments. Nous pourrions mieux connaître les éléments sur lesquels repose la fixation du prix.

Actuellement, l'opacité est totale au nom du secret industriel. Il est impossible de savoir quelles sommes ont été réellement investies pour la recherche, les essais cliniques, la mise sur le marché ou encore le marketing. Impossible, donc, de connaître le fondement du prix très élevé de certains médicaments, en particulier les médicaments dits innovants.

Face à l'explosion des dépenses, nous comprenons qu'il faille faire des économies, mais celles-ci ne doivent pas porter sur les génériques et les biosimilaires. Nous devons nous assurer que les prix des médicaments innovants tiennent effectivement compte des efforts importants réellement consentis par les industriels et qu'ils n'englobent pas le fait qu'ils ont bénéficié du crédit d'impôt recherche (CIR) ou que leurs produits sont en partie issus de la recherche fondamentale publique.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable. Les investissements de recherche et développement et le financement public dont disposent les médicaments n'ont pas à entrer en ligne de compte pour la détermination de leur base de remboursement.

Mme Émilienne Poumirol. – Si, quand même !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Celle-ci doit être corrélée à l'intérêt thérapeutique du médicament et à l'amélioration de son service médical rendu.

D'autres outils peuvent être mobilisés pour assurer la pertinence des aides publiques. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Les laboratoires sont déjà tenus de déclarer les travaux de recherche dont ils ont bénéficié.

Vous avez raison, les investissements de recherche et développement s'inscrivent dans des temps très longs, d'où le prix pratiqué. Toutefois, avis défavorable, car ce n'est pas parce que les investissements ont été importants que le médicament est, *in fine*, plus performant.

Mme Émilienne Poumirol. – Je souhaite surtout que l'on tienne compte de l'effort réel d'investissement de l'industrie pharmaceutique. Nous avons trop d'exemples de médicaments découverts grâce à la recherche fondamentale. C'est grâce au Téléthon qu'un médicament contre l'amyotrophie spinale a été découvert. Mais celui-ci n'a pu le développer et le commercialiser. Résultat : le Zolgensma a été vendu 2 millions d'euros la dose, alors que ce n'est pas le laboratoire qui l'avait découvert ! Même chose pour Gilead, qui a commercialisé des médicaments innovants pour traiter l'hépatite C au prix de 40 000 euros, contre 60 000 euros prévus initialement. C'est grâce à ces négociations que nous pourrions faire des économies.

Je le répète : les travaux du CEPS doivent être plus transparents. J'avais même déposé un amendement afin que les usagers soient associés à ses travaux, mais celui-ci a été déclaré irrecevable.

L'amendement n°1617 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°18 rectifié ter](#) de Mme Vermeillet et *alii* : un excellent amendement ! (*Sourires*)

Mme Nadia Sollogoub. – Cet amendement limite à 50 % la prise en charge par la sécurité sociale des prothèses et orthèses fabriquées hors d'Europe.

Malgré des dépenses de santé en hausse, la France compte de moins en moins d'artisans ou de PME fabriquant ces produits. D'où une disparition progressive d'un savoir-faire national.

En France, les entreprises paient la taxe sur les salaires, alors que les produits d'importation ne sont même pas soumis à la TVA. Or ces produits venus d'ailleurs sont intégralement remboursés, sans pour autant engendrer des baisses de prix pour les patients.

Il est nécessaire d'encadrer les importations et rationaliser les dépenses afférentes.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Excellent amendement, madame la présidente ! Mais je vous invite à vous reporter sur les amendements identiques que nous examinerons ensuite. Ceux-ci visent à prendre en compte la sécurité de l'approvisionnement que procure l'implantation de sites industriels dans la fixation des prix du médicament – je parle bien de la fixation des prix, non de la prise en charge, comme le prévoit votre amendement. L'incitation à la production nationale pèserait donc sur les patients davantage que sur le producteur. Retrait.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Ce sujet est très important et très complexe. On ne peut individualiser le coût de l'implant lui-même. Avis défavorable, mais réfléchissons à la façon de financer l'ensemble, en prenant en compte l'enjeu de la souveraineté. Des travaux sont engagés, je peux vous y associer. Si votre amendement était adopté, le prix de l'acte baisserait : cela ne répond pas à l'objectif de souveraineté que vous défendez. Je m'engage à travailler sur le sujet, mais retrait, sinon avis défavorable à votre amendement.

Mme Élisabeth Doineau. – Je voterai cet amendement, dût-il évoluer par la suite. Nous nous sommes tous élevés contre Shein, mais la situation dans le domaine des prothèses dentaires est tout aussi scandaleuse. Est-il normal que les mutuelles soutiennent la production chinoise alors que le marché français pèse 7 milliards d'euros ?

Nul ne sait avec quels matériaux sont fabriquées les prothèses chinoises. Et à quoi bon former de jeunes prothésistes en France pour faire venir ces produits du bout du monde ? Nous n'allons tout de même pas faire rembourser par la sécurité sociale des

prothèses chinoises ! (*Mmes Annick Billon et Nadia Sollogoub renchérissent.*)

La facture globale empêche de savoir d'où vient la prothèse. Pendant ce temps, un quart des prothésistes français ont déjà mis la clé sous la porte. Faisons cesser ce scandale ! (*Applaudissements sur de nombreuses travées*)

Mme Nadia Sollogoub. – C'est d'autant plus scandaleux que les prothèses importées ne présentent aucune garantie pour la sécurité des patients. La sécurité sociale rembourse donc des produits potentiellement dangereux pour eux.

Je retire mon amendement, dont j'ai compris qu'il soulève des difficultés techniques. Mais il est urgent de mettre un terme à cette situation choquante !

L'amendement n°18 rectifié ter est retiré.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Nous sommes tous scandalisés. Mais je vous remercie d'avoir retiré cet amendement, qui n'était pas opérant, au profit de ceux qui seront examinés en fin de discussion. Soit nous sommes en mesure de garantir la qualité et la sécurité des dispositifs importés, soit il faut cesser de les rembourser.

M. Alain Milon, vice-président de la commission. – Voilà dix ans qu'on parle de ce sujet... Déjà la ministre précédant Mme Buzyn avait promis une loi, qui n'a jamais vu le jour. Au-delà des prothèses dentaires, un tiers des médicaments innovants sont désormais produits en Chine. Si l'Europe continue de ne pas investir suffisamment, elle deviendra sous peu un territoire sous-développé.

Mme la présidente. – [Amendement n°144 rectifié sexes](#) de Mme Guidez et *alii*.

Mme Jocelyne Guidez. – Les lunettes sont remboursées tous les deux ans. Nous pourrions porter ce rythme à trois ans, afin de réduire ces dépenses importantes pour la sécurité sociale. Il n'y a pas de raison de changer de lunettes tous les deux ans lorsque sa vue ne change pas.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°826 rectifié ter](#) de Mme Lermytte et *alii*.

Mme Marie-Claude Lermytte. – Défendu.

Mme la présidente. – [Sous-amendement n°1364 rectifié bis](#) de Mme Romagny et *alii*.

Mme Anne-Sophie Romagny. – Je souscris à cette proposition, mais elle n'est pas adaptée à tous les âges. Mon sous-amendement exempte les enfants, dont la vue évolue très vite – et encore plus sous l'effet des écrans. On pourrait penser aussi aux personnes presbytes à partir de 40 ou 45 ans.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Je comprends l'intention, les lunettes étant coûteuses pour la sécurité sociale et, encore plus, les organismes complémentaires.

Toutefois, le système proposé s'appliquerait de manière trop absolue : dans certains cas, la vue peut se dégrader considérablement en trois ans, notamment lorsqu'on est atteint d'un glaucome ou d'une autre pathologie oculaire. De plus, vous n'excluez pas explicitement les lentilles de contact, pour lesquelles il est difficile d'envisager une prise en charge sur la base de trois ans.

Retrait, sinon avis défavorable. En revanche, le Gouvernement devrait étudier une réforme du contrat responsable et solidaire pour ne permettre le remboursement que tous les trois ans hors dégradation de la vue.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Je suis favorable à votre idée, mais nous prévoyons de travailler avec les complémentaires sur ce sujet, qui est réglementaire. Retrait ?

Les amendements identiques n°s 144 rectifié sexes et 826 rectifié ter sont retirés et le sous-amendement n°1364 rectifié bis n'a plus d'objet.

Mme la présidente. – [Amendement n°171 rectifié bis](#) de Mme Deseyne et *alii*.

Mme Chantal Deseyne. – La sécurité d'approvisionnement du marché français doit être prise en compte non seulement pour les dispositifs inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP) sous nom de marque, mais aussi pour ceux inscrits sur la ligne générique, qui peuvent être tout aussi cruciaux pour notre souveraineté industrielle.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°307 rectifié quinquies](#) de M. Milon et *alii*.

M. Jean Sol. – Défendu.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Je suis plutôt favorable à l'esprit de cet amendement, mais les dispositifs inscrits en ligne générique bénéficient d'une base de remboursement unique, contrairement à ceux inscrits en nom de marque. Il n'est donc pas possible de faire varier leur prix en fonction, par exemple, de l'implantation des sites de production. En outre, du fait de la procédure d'auto-inscription applicable à ces dispositifs, le CEPS n'a pas accès aux données relatives aux sites de production. Retrait, sinon avis défavorable. Il est en revanche opportun de renforcer la prise en compte de ce critère pour les dispositifs inscrits en nom de marque.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Commençons par appliquer ce critère individuel pour les dispositifs en nom de marque : je m'y engage. Je partage votre souci de souveraineté industrielle dans le domaine de la santé, mais nous devons avancer étape par étape. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Chantal Deseyne. – Je retire l'amendement. Reste qu'on ne tient pas compte des contraintes imposées à l'industrie française pour fabriquer ces dispositifs. D'autre part, je répète que les dispositifs inscrits en ligne générique participent de la même

façon que les autres à notre souveraineté sanitaire et industrielle.

Les amendements identiques n°s 171 rectifié bis et 307 rectifié quinquies sont retirés.

Mme la présidente. – [Amendement n°170 rectifié ter](#) de Mme Deseyne et *alii*.

Mme Chantal Deseyne. – Renforçons la prise en compte du lieu de production des dispositifs médicaux dans la détermination de leur prix par le CEPS. La formulation proposée vise à s'assurer que celui-ci fait usage de la possibilité qui lui est donnée depuis 2022 de prendre en considération la sécurité d'approvisionnement du marché français.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°305 rectifié ter](#) de M. Milon et *alii*.

M. Jean Sol. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1535 rectifié quater](#) de Mme Demas et *alii*.

Mme Patricia Demas. – Défendu.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Comme je l'ai laissé entendre, avis favorable à ces amendements. Il s'agit d'étendre aux dispositifs médicaux une mesure adoptée par le Sénat l'année dernière pour les médicaments. La mesure est limitée aux dispositifs inscrits en nom de marque. Madame la ministre, nous avons entendu votre engagement et comptons sur vous.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – La priorité est d'appliquer les mesures déjà prévues, et je confirme que je m'y engage. En outre, imposer au CEPS un mécanisme systématique n'est pas forcément opportun. Retrait, sinon avis défavorables.

Les amendements identiques n°s 170 rectifié ter, 305 rectifié ter et 1535 rectifié quater sont adoptés et deviennent un article additionnel.

Mme la présidente. – [Amendement n°1357](#) de M. Lurel et *alii*.

M. Simon Uzenat. – Avec cette demande de rapport de M. Lurel, nous attirons l'attention sur la nécessité d'élargir le reste à charge zéro à l'ensemble des implants dentaires, dont le coût élevé conduit trop souvent à un renoncement aux soins. La pose d'implants est considérée par la sécurité sociale comme un acte hors nomenclature, en principe non remboursé. Pourtant, un nombre croissant de personnes sont concernées par la perte d'une, voire de l'ensemble de leurs dents. La HAS s'est prononcée en faveur du remboursement de ces actes en population générale.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Avis défavorable à cette demande de rapport. Mais nous appelons le Gouvernement à tirer un bilan clair du 100 % santé en matière de partage des charges entre l'assurance maladie et les complémentaires. Ces dernières ont en effet supporté des coûts bien

supérieurs aux prévisions, qu'elles répercutent via des hausses de primes. C'est un préalable indispensable à toute réflexion sur un élargissement du 100 % santé.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Même avis.

L'amendement n°1357 n'est pas adopté.

La séance est suspendue quelques instants.

Délégations (Nominations)

Mme la présidente. – Des candidatures ont été publiées pour siéger au sein de la délégation sénatoriale aux entreprises et de la délégation sénatoriale aux outre-mer.

Ces candidatures seront ratifiées si la présidence n'a pas reçu d'opposition dans le délai d'une heure prévu par notre règlement.

Décès d'un ancien sénateur

Mme la présidente. – J'ai le regret de vous faire part du décès de Pierre Hérisson, sénateur de la Haute-Savoie de 1995 à 2014.

Financement de la sécurité sociale pour 2026 (Suite)

Discussion des articles (Suite)
TROISIÈME PARTIE (SUITE)

Article 35

Mme Corinne Imbert, rapporteure de la commission des affaires sociales pour la branche assurance maladie. – L'article 35 prévoit d'expérimenter le référencement sélectif par le CEPS de certains groupes de médicaments thérapeutiquement équivalents par dérogation aux règles normales de fixation des prix. Il s'agit de sélectionner par appel d'offres certains médicaments qui seront remboursés, négociés au prix le plus bas, les autres étant exclus du remboursement.

Nous déplorons que le Gouvernement n'ait pas entendu les inquiétudes des acteurs sur les effets délétères que la mesure pourrait entraîner sur la stabilité du marché des médicaments matures. Les laboratoires non retenus pourraient réorienter leurs lignes de production, ce qui fragiliserait notre tissu industriel, aggraverait les tensions d'approvisionnement et entraînerait à terme une augmentation des prix.

En outre, les renouvellements d'appels d'offres risquent d'affecter la continuité de la prise en charge pour les pathologies chroniques. Nous avons pris des mesures pour prévenir les ruptures

d'approvisionnement : commençons par en évaluer l'efficacité. La commission a déposé l'un des nombreux amendements visant à supprimer cet article.

Mme Émilienne Poumirol. – Cette expérimentation viserait quelques médicaments génériques, hybrides ou biosimilaires substituables, mais pourrait s'étendre à d'autres groupes thérapeutiquement équivalents, comme les statines.

La prise en compte de la sécurité et de la résilience de l'approvisionnement ainsi que de l'impact environnemental des médicaments est intéressante, mais nous ne voulons pas que le CEPS devienne une centrale d'achats. On connaît les difficultés liées à ce fonctionnement, notamment dans les hôpitaux.

Nous redoutons que l'article n'aggrave les risques de pénurie en réduisant la diversité des acteurs, sans compter que l'augmentation des dépenses est principalement due aux médicaments innovants, non concernés par cette disposition. Supprimons donc cet article.

Mme la présidente. – [Amendement n°162 rectifié ter](#) de M. Masset et *alii*.

M. Michel Masset. – L'article prévoit d'expérimenter un référencement multi-attributaires par lequel le CEPS choisirait un nombre limité de fournisseurs pour une catégorie donnée de médicaments, les autres étant déremboursés. Cette concentration des volumes réduira le nombre d'acteurs, dont la diversité est pourtant essentielle à notre sécurité d'approvisionnement. Elle fragilisera le tissu industriel français et européen, dans la mesure où le critère du prix sera prépondérant. Un système de cette nature a été mis en place en Belgique et en Espagne, avec des effets délétères. Avec ma collègue du Lot-et-Garonne, Christine Bonfanti-Dossat, je vous invite à supprimer cet article.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°199 rectifié](#) de Mme Romagny et *alii*.

Mme Anne-Sophie Romagny. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°308 rectifié ter](#) de M. Milon et *alii*.

M. Alain Milon. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°405 rectifié bis](#) de Mme Lassarade et *alii*.

Mme Florence Lassarade. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°701](#) de Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°899 rectifié](#) de Mme Schillinger et *alii*.

L'amendement identique n°899 rectifié n'est pas défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1265 rectifié bis](#) de M. Chasseing et *alii*.

M. Daniel Chasseing. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1294 rectifié bis](#) de M. Sol et *alii*.

M. Jean Sol. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1376 rectifié bis](#) de Mme Berthet et *alii*.

L'amendement identique n°1376 rectifié bis n'est pas défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1441](#) de M. Khalifé.

M. Khalifé Khalifé. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1727](#) de Mme Poumirol et du groupe SER.

Mme Émilienne Poumirol. – Défendu.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Retrait, sinon avis défavorable. Il s'agit d'une expérimentation sur quelques références, dont nous tirerons collectivement les conclusions positives ou négatives. La sécurité d'approvisionnement sera prise en compte, de même que des critères d'empreinte environnementale.

Les amendements n°s 162 rectifié ter, 199 rectifié, 308 rectifié ter, 405 rectifié bis, 701, 1265 rectifié bis, 1294 rectifié bis, 1441, 1727 sont adoptés et l'article 35 est supprimé.

[L'amendement n°574](#) n'a plus d'objet.

Après l'article 35

Mme la présidente. – [Amendement n°839 rectifié bis](#) de M. Lévrier et du RDPI.

M. Martin Lévrier. – Des progrès importants ont été réalisés à l'article 32 s'agissant des stocks d'urgence de Santé publique France. Il s'agit ici de transférer leur gestion au ministère de la santé un an avant leur péremption, afin qu'ils profitent aux hôpitaux et services de secours au lieu d'être détruits. Un cinquième du stock stratégique de masques suffirait à couvrir les besoins annuels de tous nos hôpitaux.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Je suis d'accord sur le fond : il est essentiel de ne pas gaspiller les stocks de masques, vaccins ou médicaments critiques de Santé publique France ; une gestion dynamique s'impose *via* des cessions à d'autres entités publiques avant péremption, sous réserve d'intégrité des stocks. Sur la forme, beaucoup moins : nous considérons que la gestion des stocks doit rester de la responsabilité de Santé publique France. Retrait, sinon avis défavorable.

M. Jean-François Husson. – Très bien !

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Même avis que la rapporteure, pour conserver un système souple.

M. Martin Lévrier. – Je me réjouis des progrès accomplis car, auparavant, la gestion de ces stocks était loin d'être dynamique...

L'amendement n°839 rectifié bis est retiré.

Mme la présidente. – [Amendement n°1209](#) de Mme Brulin et *alii*.

Mme Silvana Silvani. – La défense de cet amendement vaudra aussi pour l'amendement n°1210. Tous deux tendent à augmenter les stocks de sécurité pouvant être exigés des entreprises pharmaceutiques.

À l'heure actuelle, ces stocks ne peuvent excéder quatre mois. Nous proposons de relever à deux mois les stocks planchers – quatre mois pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur. Il s'agit de lutter contre les ruptures d'approvisionnement, qui se multiplient.

La commission s'oppose aux amendements en invoquant des risques pour l'approvisionnement du circuit pharmaceutique et des difficultés liées à la péremption. Nous ne sommes pas convaincus : les problèmes d'approvisionnement existent déjà et, dans bien des cas, les délais de péremption sont volontairement réduits pour augmenter les ventes.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1467](#) de Mme Souyris et *alii*.

Mme Anne Souyris. – Outre un stock plafond, instaurons un stock plancher, fixé à deux mois : c'est une mesure de bon sens pour garantir que les laboratoires maintiennent un volume suffisant pour prévenir les ruptures d'approvisionnement. Évitions que des tensions logistiques, des choix économiques ou des aléas de production ne causent des pénuries.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1714](#) de Mme Poumirol et du groupe SER.

Mme Émilienne Poumirol. – Nous proposons nous aussi un stock plancher obligatoire.

La LFSS 2020 prévoit des stocks de quatre mois au plus. Mais un décret d'application de mars 2021 a ramené l'obligation à deux mois pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur.

Les pénuries de médicaments et de vaccins s'intensifient, avec des conséquences importantes pour les malades et la santé publique. Certaines pénuries concernent des traitements vitaux, par exemple contre l'hypertension, l'épilepsie, voire certains cancers.

Moins d'un médicament d'intérêt thérapeutique majeur (MITM) sur dix est actuellement soumis au stock obligatoire de quatre mois. La Finlande impose aux industriels des stocks pouvant atteindre huit mois. Renforçons les obligations en la matière afin de prévenir les pénuries.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Les stocks de sécurité sont fixés par décret et ne peuvent excéder quatre mois de couverture des besoins. Un décret

précise les quantités minimales attendues : une semaine pour les médicaments ; un mois pour les médicaments contribuant à une politique de santé publique ; deux mois pour les médicaments d'intérêt thérapeutique majeur ; jusqu'à quatre mois pour certains médicaments d'intérêt thérapeutique majeur dont la liste est fixée par l'ANSM compte tenu des risques de rupture.

La commission n'est pas favorable à une augmentation uniforme des stocks exigés, qui pourrait se révéler contreproductive en aggravant les tensions d'approvisionnement du circuit pharmaceutique et en soulevant des difficultés au moment de la péremption. Avis défavorable.

Nous appelons de nos vœux une gestion plus fine des quantités exigées et faisons confiance à l'ANSM pour les adapter à chaque médicament.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Nous avons trouvé un équilibre grâce à la [proposition de loi](#) de Valérie Rabault. Les pénuries ont baissé de 22 % entre 2023 et 2024.

L'enjeu, désormais, tient moins aux stocks – d'autant que l'ANSM peut moduler les obligations –, qu'à la relocalisation de la production et l'amélioration de la répartition entre territoires. Avis défavorable.

M. Bernard Jomier. – Pascale Gruny, Cathy Apourceau-Poly et moi-même venons de rendre un [rapport](#) sur la stratégie française dans ce domaine.

S'agissant des stocks, il faut trouver la bonne durée, qui permet de lisser les à-coups sans assécher le marché, notamment dans les petits pays. Cela passe par un mécanisme de coopération européenne.

Par ailleurs, il faut adopter une vision large, qui ne se limite pas aux MITM. Nous souhaitons des avancées sur les médicaments d'intérêt commun, des médicaments du quotidien ayant un véritable service médical rendu.

Depuis six ans, nous progressons dans la lutte contre les pénuries. Je rappelle que, à l'époque, la ministre de la santé prétendait que les stocks étaient contraignants au droit européen...

Les amendements identiques n^{os} 1209, 1467 et 1714 ne sont pas adoptés.

Mme la présidente. – [Amendement n°416 rectifié ter](#) de M. Laouedj et *alii*.

M. Michel Masset. – Les pénuries de médicaments se multiplient, touchant durement les patients. Près de 40 % des Français ont déjà été confrontés à une rupture de médicaments. En santé mentale, pourtant grande cause nationale, quatorze traitements essentiels sont actuellement en rupture ou en tension.

Depuis 2020, la loi impose aux industriels des stocks de sécurité, mais un décret de 2021 a affaibli ce dispositif en ramenant l'obligation à deux mois pour les MITM. Rétablissons un stock minimal de quatre mois

pour les médicaments essentiels, dont la rupture peut mettre des vies en danger.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°813 rectifié](#) de Mme Lermytte et *alii*.

Mme Marie-Claude Lermytte. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1210](#) de Mme Brulin et du groupe CRCE-K.

Mme Silvana Silvani. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1474](#) de Mme Souyris et *alii*.

Mme Anne Souyris. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1715](#) de Mme Poumirol et du groupe SER.

Mme Émilienne Poumirol. – Défendu.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Les entreprises pharmaceutiques sont tenues de constituer deux mois de stocks pour les MITM. Cette obligation peut être portée à quatre mois en cas de risque de rupture.

Doubler uniformément les exigences de stockage réduirait la disponibilité immédiate pour les officines et les établissements. Surstocker peut créer précisément la pénurie que l'on cherche à éviter. En outre, pour les médicaments à faible volume, les risques de péremption seraient aggravés.

Le dispositif actuel, géré par l'ANSM, est suffisant. Avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Même avis. Monsieur Jomier, le mécanisme de solidarité européenne fonctionne : il a été utilisé récemment pour le méthotrexate. (*M. Bernard Jomier acquiesce.*)

Les amendements identiques n^{os} 416 rectifié ter, 813 rectifié, 1210, 1474 et 1715 ne sont pas adoptés.

Mme la présidente. – [Amendement n°317 rectifié bis](#) de M. Milon et *alii*.

Mme Florence Lassarade. – Le calcul des stocks obligatoires peut poser problème pour les spécialités princeps dans la période charnière où leur part de marché chute par effet de substitution. L'évaluation des besoins sur les douze derniers mois conduit alors à des obligations surdimensionnées pour les princeps, sous-dimensionnées pour les génériques, hybrides ou biosimilaires. Lorsque la substitution devient possible, la période prise en compte doit être ramenée à trois mois.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – C'est une mesure de bon sens, pour ne pas imposer des contraintes disproportionnées aux fabricants d'un princeps qui devient substituable. Avis favorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – L'ANSM n'a jamais prononcé de sanction dans ce cas de figure.

Des modalités d'adaptation sont prévues au plan réglementaire. Avis défavorable.

L'amendement n°317 rectifié bis est adopté et devient un article additionnel.

Mme la présidente. – [Amendement n°1295 rectifié](#) de M. Sol et *alii*.

M. Jean Sol. – Selon une logique de flexisécurité, permettons aux titulaires et exploitants d'une autorisation de mise sur le marché d'utiliser une part de leurs stocks pour répondre à la demande du marché, sous réserve de reconstitution sous six mois.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. – Retrait ou avis défavorable, faute de garanties suffisantes pour préserver le mécanisme des stocks de sécurité. En particulier, le délai de cinq jours laissé à l'ANSM pour s'opposer au déstockage est trop court.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Retrait, car satisfait. Un laboratoire peut déjà demander à l'ANSM l'autorisation de déstocker.

L'amendement n°1295 rectifié est retiré.

Mme la présidente. – [Amendement n°889 rectifié](#) de Mme Schillinger et *alii*.

L'amendement n°889 rectifié n'est pas défendu.

Article 36

Mme Raymonde Poncet Monge. – C'est peu dire que la réforme de la tarification est attendue, le modèle actuel étant inéquitable et rigide.

Les fédérations avaient de nombreux points d'alerte ; elles soutiennent désormais la réforme, avec des points de vigilance. Mais les craintes des travailleuses et des travailleurs du secteur demeurent ; je ne suis pas sûre qu'ils aient été beaucoup associés à la coconstruction de la réforme. Ils redoutent un virage techniciste, conséquence d'une codification excessive des actes, ainsi qu'une augmentation du temps de *reporting* au détriment du temps d'accompagnement.

J'ajoute que vous n'avez pas respecté un des constats du [rapport](#) de l'Igas sur la transformation de l'offre médico-sociale dans le secteur du handicap, selon lequel la réforme de la tarification ne peut être envisagée à coût constant.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – La réforme Serafin-PH (Services et établissements : réforme pour une adéquation des financements aux parcours des personnes handicapées), devait instaurer un nouveau système d'allocation des ressources aux établissements médico-sociaux accompagnant les personnes en situation de handicap.

Depuis 2014, les organisations syndicales et les représentants des établissements ont exprimé leurs doutes envers un système de tarification à l'activité (T2A). Ils semblent avoir été entendus, puisque la Fehap (Fédération des établissements hospitaliers et

d'aide à la personne privés solidaires), Nexem et la FHF nous ont écrit que tous les risques semblaient avoir été levés. Nous avons retiré nos amendements, mais l'avis des organisations syndicales aurait été précieux.

La T2A a montré son caractère néfaste pour l'hôpital public, avec une course à la rentabilité et aux actes les mieux cotés. Cela dégradera les conditions de travail des soignants et conduira les patients à subir des actes de manière systématique.

Nous voterons contre cet article.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée chargée de l'autonomie et des personnes handicapées. – Je souhaite vous rassurer. Cette réforme de longue haleine, préparée depuis une dizaine d'années, vise d'abord à restaurer plus d'équité dans les critères de financement, qui relèvent parfois plus de l'historique. Nous voulons des critères plus objectifs, plus justes et partagés.

Deuxième pilier : la transformation de l'offre. Nous voulons orienter nos établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS) vers l'accompagnement des personnes en situation de handicap en prenant en compte leurs aspirations et l'autodétermination de leurs projets. Cette nouvelle tarification doit valoriser des temps d'accompagnement et de transformation des pratiques.

Il ne s'agit pas du tout d'une tarification à l'acte. Si c'était le cas, je ne la défendrais pas. Nous voulons mieux prendre en compte les publics accompagnés, les modalités d'accompagnement, et développer les partenariats dans ce but notamment en milieu ordinaire, avec des passerelles. Nous avons associé les fédérations représentant le secteur et les associations d'usagers.

Les craintes des uns et des autres ont été levées ; vous avez reçu un courrier en ce sens. Nous réunissons régulièrement un comité de pilotage et de suivi associant l'ensemble des parties prenantes.

Mme la présidente. – [Amendement n°702](#) de Mme Deseyne, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement rédactionnel n°702, accepté par le Gouvernement, est adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°943](#) de Mme Poncet Monge et *alii*.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Les personnes handicapées regrettent une simple présentation à quelques-unes d'entre elles, au lieu d'une réelle intégration à la table des négociations pour une véritable coconstruction. Les craintes des professionnels portent sur le coefficient public accompagné, avec le risque d'un recul en matière d'appréhension des besoins, car celui-ci serait réduit à la déficience de la personne. Ces craintes sont partagées par les associations autoreprésentatives de

personnes handicapées. Cet amendement les associe davantage.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur de la commission des affaires sociales pour la branche autonomie. – La commission considère vos légitimes demandes comme satisfaites. Tous les acteurs ont été associés et soutiennent la réforme. Les présidents du Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPh) et du Collectif Handicaps n'ont émis aucune critique sur la méthode.

Sur la forme, votre amendement, qui prévoit que les associations sont associées à la réforme, n'a pas sa place dans la loi.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – Même avis. Le CNCPh, qui comprend aussi des associations autoreprésentatives, est aussi partie prenante de la réforme.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Seule une partie du Collectif Handicaps est d'accord avec la réforme. Le problème, c'est la représentation des associations autoreprésentatives.

Une partie du collectif s'inquiète d'une réforme qui s'écarte des ambitions initiales et d'un manque de concertation. Je ne me suis pas permis de citer le collectif, car certaines de ses composantes sont alignées avec les grandes fédérations.

L'amendement n°943 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°1729](#) de Mme Féret et du groupe SER.

Mme Corinne Féret. – Cette réforme reconfigure le financement des établissements pour personnes handicapées. Certains pourraient y gagner, d'autres y perdent.

Nous proposons d'étudier ces conséquences avant sa mise en œuvre, afin de disposer d'une photographie objective de la diversité du secteur. Les critères d'analyse seraient fixés par décret en concertation avec les fédérations, pour une évaluation partagée, robuste et utile.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – L'année 2026 est justement là pour harmoniser et évaluer les impacts de cette réforme. Le Parlement aura un rôle à jouer. Mais avis défavorable à cette demande de rapport.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – Effectivement, l'année 2026 sera une année blanche. Nous ferons des simulations pour chaque établissement qui pourra se projeter.

Il n'y a aucun perdant entre 2027 et 2029, puisqu'au minimum les dotations seront gelées pour les futurs perdants.

Ceux qui sont gagnants, déjà engagés dans la transformation, mais qui ne bénéficient pas des dotations qu'ils méritent, les auront immédiatement.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) réalisera une étude dont vous aurez connaissance. Retrait, sinon avis défavorable à cet amendement satisfait.

L'amendement n°1729 est retiré.

Mme la présidente. – [Amendement n°945](#) de Mme Poncet Monge et *alii*.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Il faut réévaluer l'impact de la réforme. À ce jour, les acteurs ne disposent pas d'une vision suffisante sur les effets concrets de la réforme.

Il ne se passera rien en 2026, c'est vrai ; puis il y aura trois ans pendant lesquels les établissements qui auront une dotation cible inférieure ne perdront rien. Vous accompagnerez ceux qui vont bien. Tout cela est bien.

Mais il fallait une enveloppe pour les perdants. Ils ont des difficultés financières les empêchant de rejoindre la cible.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – Vous souhaitez vous assurer que les effets sur les structures soient évalués. C'est satisfait : l'article prévoit des évaluations en 2026 et un régime transitoire s'appliquera sur huit ans. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – Avis défavorable. Les établissements sont accompagnés en 2026 puis entre 2027 et 2029. Nous devons inciter les établissements à évoluer. Cette réforme s'accompagne d'un abondement de 360 millions d'euros supplémentaire sur quatre ans pour soutenir ces évolutions de pratiques.

L'amendement n°945 n'est pas adopté.

L'article 36, modifié, est adopté.

Demande de réserve

M. Alain Milon, vice-président de la commission des affaires sociales. – Notre collègue rapporteure de la branche AT-MP pourra être présente ce soir.

Je demande la réserve de l'article 39, des amendements portant articles additionnels après l'article 39 et de l'article 40 après l'examen des amendements portant article additionnel après l'article 42.

La conférence des présidents a statué pour un examen de jour de la suspension de la réforme des retraites. Nous n'examinerons l'article 45 que demain.

*La réserve, acceptée
par le Gouvernement, est de droit.*

Après l'article 36

Mme la présidente. – [Amendement n°1856](#) du Gouvernement.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – Cet amendement rénove le cadre des sanctions financières en cas de fausse déclaration ou d'absence de déclaration.

Ces obligations existent déjà, mais aucune sanction n'est actuellement prévue. Il faut un dispositif plus incitatif, qui reste toutefois proportionné.

Mme la présidente. – [Sous-amendement n°1876](#) de Mme Deseyne.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – Je souhaite décaler l'entrée en vigueur du nouveau régime de sanctions financières en matière de collecte des données auprès des ESSMS de janvier 2027 à janvier 2028. La commission n'a pas pu examiner l'amendement du Gouvernement, déposé trop tardivement. Sous réserve de l'adoption du sous-amendement, avis favorable à l'amendement n°1856 à titre personnel.

Je suis favorable à l'obligation d'utilisation des services numériques en santé et donc à la poursuite de la modernisation des systèmes d'information.

Le Sénat a montré qu'il était mobilisé contre la fraude avec le récent [projet de loi](#) : il est donc légitime de faire de même dans ce domaine.

Les fédérations ne sont pas opposées à ce principe, mais s'inquiètent du calendrier de mise en œuvre.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – Avis favorable au sous-amendement n°1876 de Mme la rapporteure, que je remercie de son soutien. Ce sous-amendement rassurera les établissements.

Le sous-amendement n°1876 est adopté.

L'amendement n°1856, sous-amendé, est adopté et devient un article additionnel.

Mme la présidente. – [Amendement n°1028](#) de Mme Poncet Monge et *alii*.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Nous renforçons les contrôles des établissements sociaux et médico-sociaux privés à but lucratif en les contraignant à transmettre leurs comptes consolidés et non consolidés sur l'ensemble de leur groupe, pour faire apparaître les flux financiers entre chacune des entités du groupe.

Le scandale Orpea a révélé l'impuissance des missions de contrôle, notamment à cause de l'incomplétude des données financières transmises. L'opacité des comptes sert souvent à la mise en place de montages financiers sources de dérives sociales et financières. Dans un contexte budgétaire contraint, il faut prévenir les dérives financières et restaurer la confiance.

Il n'y a pas que les problèmes de transferts, mais aussi la non-transmission des comptes non consolidés.

Mme la présidente. – [Amendement n°1584 rectifié ter](#) de M. Jomier et du groupe SER.

M. Bernard Jomier. – Lors de la crise du covid, nous avons dû venir en aide aux établissements de santé. Lorsqu'on en dresse le bilan, on retrouve dans les comptes des établissements à but lucratif des aides non utilisées, mais pas restituées. Nous souhaitons obtenir le retour de ces aides. « Rendez l'argent ! ». Le contrôle de l'utilisation des fonds publics doit être strict. Un groupe appartenant à un fonds de pensions étranger a ainsi obtenu plusieurs dizaines de millions d'euros d'aides, dont une partie n'a pas été utilisée.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – La commission juge que l'arsenal est suffisant pour assurer le contrôle financier des Ehpad privés lucratifs. L'efficacité des contrôles réside dans l'accentuation des missions existantes de la DGCCRF et de la Cour des comptes. Le Sénat a introduit des dispositions en la matière lors de l'examen du [projet de loi](#) Fraudes. Les sanctions en cas d'entrave au droit de communication seront durcies. Avis défavorable aux amendements.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – Même avis. La [LFSS 2023](#) et la [loi Bien vieillir](#) prévoient déjà plusieurs dispositifs pour renforcer la transparence financière et la moralisation des Ehpad commerciaux, qui sont tenus à une comptabilité analytique attestée par un commissaire aux comptes. Celle-ci doit retracer l'utilisation des fonds publics et les relations entre les établissements et le siège. Les Ehpad commerciaux sont soumis aux contrôles de l'Igas, de l'IGF et de la Cour des comptes.

Mme Marie-Pierre de La Gontrie. – Ce n'est pas la question.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – En application de la [LFSS](#) pour 2023, les autorités de tarification peuvent réduire les dotations en cas d'excédents passés excessifs.

Mme Marie-Pierre de La Gontrie. – Il faut le faire !

M. Jean-Luc Fichet. – Quand un allocataire du RSA ou un chômeur perçoit des indus, il doit les rembourser. La question de M. Jomier est très claire : pendant le covid, des établissements ont perçu des millions d'euros qui n'ont pas été utilisés. Identifions-les pour que ceux-ci soient restitués. Vos réponses ne sont pas convaincantes. Je suis satisfait de savoir que les contrôles seront accentués, mais répondez à la question !

Mme Anne Souyris. – À chaque fois qu'il s'agit d'établissements privés à but lucratif, lorsqu'on demande plus de transparence et de retour des aides – ce que préconisait le [rapport](#) du Sénat sur la financiarisation du système de santé – la réponse est non, c'est déjà fait. Sauf que ce n'est pas vrai : si ces dispositifs fonctionnaient, nous serions satisfaits. Or nous n'arrivons pas à avoir ces comptes ! La financiarisation gangrène la sécurité sociale. Serait-il

possible que le Gouvernement prenne conscience de ce problème ?

M. Bernard Jomier. – Madame la rapporteure, cela ne concerne pas que les Ehpad, mais tous les établissements de santé.

Madame la ministre, vous racontez une belle histoire de contrôles, mais celle-ci est fausse.

Je ne parle pas de la petite clinique tenue par des médecins ou par trois familles : là, on sait très bien contrôler ses comptes. Mon amendement vise les grands groupes : vos services sont les premiers à avouer qu'ils ne savent pas s'y retrouver dans les montages complexes des holdings.

Le capitalisme familial est sous contrôle, mais ces montages financiers y échappent totalement. Cet amendement a pour but de vous donner des outils pour contrôler ces acteurs beaucoup plus agiles que la puissance publique. Ne nous trompons pas de cible ! *(Mme Marie-Pierre de La Gontrie renchérit.)*

Mme Raymonde Poncet Monge. – La CFDT a très bien montré que le développement international de groupes comme Orpea ou Korian s'est appuyé sur la France. Pourquoi ? Parce que notre pays est solvabilisé par la sécurité sociale. Ces groupes ont pu faire des transferts, notamment immobiliers. Les normes comptables de 2015 permettent de telles pratiques.

Vous devriez vous demander pourquoi ces groupes ont pu se développer au niveau mondial grâce à l'argent de la sécurité sociale. Vous ne vous posez pas la question ; donc vous n'aurez pas la réponse.

Mme Émilienne Poumirol. – M. Jomier a rappelé qu'il ne s'agissait pas seulement des Ehpad. Olivier Henno, Laurence Muller-Bronn et moi-même avons publié un [rapport d'information](#) ce printemps sur les structures de la petite enfance. De grands groupes ont développé des microcrèches et réalisent des bénéfices. Quand on a géré des crèches publiques, on sait bien que c'est impossible. Comment font-ils ? Ils captent de l'agent public.

Ces grands groupes ont des montages extrêmement complexes et nous sommes toujours en retard. Sans argent public, ils ne s'intéresseraient pas aux personnes âgées ou à la petite enfance.

Nous devons pénaliser de telles pratiques. L'amendement de Bernard Jomier porte sur la période du covid. Il faut demander aux structures qui ont touché des fonds de rembourser leurs indus.

Mme Marion Canalès. – Lors de l'examen de l'article 11 *ter*, nous avons débattu des propositions de taxation supplémentaire sur les dividendes. La taxation ne serait pas une réponse, nous avez-vous dit. Mais il s'agit ici d'objectifs importants, aussi je ne peux que voter l'amendement de mon collègue Jomier.

Quand on propose des taxations, cela ne va pas ; mais quand nous demandons des remboursements,

cela ne va pas non plus ! Il faut m'expliquer ce qui nous reste.

M. Guillaume Gontard. – Sénateur de l'Isère, je peux vous parler d'un cas d'école, la clinique mutualiste de Grenoble du groupe Avec, qui est en redressement judiciaire : ce sont 12 millions d'euros que l'on ne reverra pas. S'il y avait eu un suivi depuis de nombreuses années, nous aurions pu éviter cet effondrement, qui en occasionne d'autres en conséquence. Ce système est une pieuvre en matière de fonctionnement et de captation d'argent public.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – Nous partageons totalement l'objectif. Le Gouvernement ne veut rien lâcher sur la récupération de ces indus et sur la lutte contre les fraudes.

L'arsenal législatif a été complété récemment et vos propositions sont satisfaites. Une solide expertise soutient notre démarche. La CNSA a récupéré 50 millions d'euros d'indus auprès d'Orpea. Mon avis n'est pas défavorable sur l'intention, que je partage, mais sur la forme.

L'amendement n°1028 n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°1584 rectifié ter.

Mme Émilienne Poumirol. – Mais la fraude au RSA, vous connaissez !

Mme la présidente. – [Amendement n° 819 rectifié](#) de Mme Lermytte et *alii*.

Mme Marie-Claude Lermytte. – Nous voulons améliorer le pilotage des financements publics versés aux ESSMS. La Cour des comptes constate l'augmentation des dépenses médico-sociales et souligne la nécessité de transformer les établissements. Des contrôles de la DGCCRF dans des Ehpad à but lucratif ont fait état d'anomalies. Nous pourrions moduler le financement en fonction de ces points. L'objectif est que le financement public serve directement l'accompagnement des personnes vulnérables.

Mme la présidente. – [Amendement n°1341](#) de Mme Poncet Monge et *alii*.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Selon la Drees, 56 % des Ehpad à but lucratif sont sous la houlette de cinq grands groupes. Parmi eux, DomusVi est valorisé à 4 milliards d'euros et son chiffre d'affaires a progressé de 10 % entre 2022 et 2023 ; Domidep affiche un résultat net de 28 millions d'euros et Colisée, qui prétend pourtant avoir des difficultés, présente un taux de rendement de 5,5 %. L'« or gris » existe bien, et il est financé par fonds publics pour ces grands groupes.

Nous devons réguler ces structures, qui refusent de prendre en charge les personnes les moins rentables ou dont le pouvoir d'achat est moindre et qui dégagent des marges par le tri des usagers avec des prix d'hébergement quasi libres. Au contraire, les acteurs non lucratifs consacrent chaque euro à leur mission ;

pourtant, ils peinent à atteindre le seuil d'équilibre et à coexister avec ces structures.

Nous voulons encadrer strictement la financiarisation opérée par ces grands groupes qui profitent de la crise de l'offre pour capter la clientèle la plus solvable. Nous avons marchandisé l'accompagnement de personnes vulnérables.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1669](#) de Mme Conconne et du groupe SER.

Mme Corinne Féret. – Nous voulons éviter la financiarisation des établissements accueillant des publics fragiles. Certains acteurs à but lucratif placent le bénéfice avant la qualité du service rendu, parfois au détriment de la dignité des personnes âgées ou des enfants. Face à ces dérives, nous proposons que le financement public ne puisse bénéficier qu'aux acteurs respectant le principe de lucrativité raisonnable. On pourrait même, dans un second temps, réserver ces filières aux acteurs engagés, à savoir le secteur public et les structures relevant de l'économie sociale et solidaire (ESS).

Le Conseil supérieur de l'ESS serait saisi pour définir les modalités concrètes de ce conditionnement. Cet amendement protège donc à la fois les publics fragiles et l'intérêt général.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – La commission partage l'objectif de ces amendements, mais le dispositif introduit de l'opacité pour des structures parfois en grande difficulté. Dans le cas où le financement public est détourné, c'est au niveau des contrôles par les inspections et la DGCCRF qu'il convient d'agir, et par des sanctions.

Dans le cas où cela provient d'une organisation inefficace, il faut mobiliser les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Avis défavorable à l'amendement n°819 rectifié.

Le Sénat s'est déjà opposé à la mesure prévue par les amendements identiques n°s1341 et 1669. Il ne faut pas dresser les établissements les uns contre les autres. (*Mme Raymonde Poncet Monge ironise.*)

Pas moins de 80 % des établissements privés sont en difficulté financière. Si nous coupons les financements, les résidents seront les premiers à en pâtir, et je ne vois pas en quoi cela permettra de lutter contre la financiarisation. Avis défavorable à ces amendements.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – Madame Lermotte, nous partageons votre objectif, mais nous proposons une autre méthode pour la mise en œuvre de tels indicateurs. Nous recommandons l'établissement de standards de gestion, afin d'accompagner les établissements. Retrait, sinon avis défavorable. (*Mme Émilienne Poumirol ironise.*)

Avis défavorable aux amendements identiques n°s1341 et 1669 pour les mêmes raisons que la

rapporteuse. Nous avons plusieurs dispositifs prévus pour bien contrôler les établissements.

Mme Émilienne Poumirol. – Cela ne fonctionne pas très bien...

Mme Raymonde Poncet Monge. – Nous arrivons à un moment intéressant. Vous avez allongé le temps de travail, augmenté les franchises... et vous allez geler les prestations de solidarité.

Pourrions-nous faire le constat objectif que votre discours de lutte contre la financiarisation du médico-social – que vous êtes contraints d'adopter – ne repose sur rien ? Vous n'avez pas récupéré le moindre euro...

J'ai parlé de cinq groupes qui se gavent. On appelle cela l'or gris – tout le monde le sait. Nous proposons d'enrayer ces profits excessifs et indignes (*Mme Cathy Apurceau-Poly renchérit*), mais vous refusez tout.

L'amendement n°819 rectifié n'est pas adopté, non plus que les amendements identiques n°s1341 et 1669.

Mme la présidente. – [Amendement n°1342 rectifié](#) de Mme Poncet Monge et *alii*.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Lors du scandale Orpea, de nombreux articles ont rapporté les transferts financiers mais aussi la maltraitance des pensionnés. S'affichait dans le même temps le salaire du directeur.

Mme Cathy Apurceau-Poly. – Des millions !

Mme Raymonde Poncet Monge. – Un million d'euros par an et une prime de départ de 2,6 millions ! Il faut dire qu'il a bien rapporté aux actionnaires... En face, le salaire mensuel d'une auxiliaire de vie de leur groupe n'est que de 1 328 euros.

Cessez de comparer avec des petits Ehpad privés. Nous parlons des grands groupes, plus prompts à valoriser les aspects financiers que l'accueil. Un rapport salarial d'un à neuf est déjà raisonnable. Le dépasser, c'est cautionner un modèle où la vulnérabilité est le support de revenus disproportionnés.

La puissance publique ne peut accepter que l'argent des contribuables finance ces dérives alors que les équipes sont épuisées et que les familles peinent à trouver des établissements avec des conditions d'hébergement dignes. Nous souhaitons conditionner le financement public des établissements au respect d'un écart de salaire maximal.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1731 rectifié](#) de Mme Féret et du groupe SER.

Mme Corinne Féret. – Cet amendement interdit le financement public des Ehpad et des ESSMS lorsque les écarts de salaire dépassent un rapport d'un à neuf.

À rebours des dérives d'établissements lucratifs qui font leurs profits sur les plus vulnérables, l'ESS place les bénéficiaires au cœur de son modèle. Il est légitime que la puissance publique conditionne les financements à un partage raisonnable de la valeur.

Avec cet amendement, il s'agit de protéger les publics fragiles, de valoriser les acteurs responsables et de mettre fin aux dérives lucratives dans des secteurs financés par l'argent public.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – Je salue votre constance, mais, comme l'an dernier, l'avis est défavorable. Cette mesure n'aurait aucun effet sur la qualité de service rendu aux résidents. D'autre part, le législateur n'a pas à s'immiscer dans les modalités de rémunération des salariés du secteur privé lucratif.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – Même avis. La rémunération relève des partenaires sociaux.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Nous voterons cet amendement. Je me souviens avoir été effarée, lors de son audition, du montant du salaire du président d'Orpea. Il y avait tant de zéros qu'on s'y perdait !

Le livre de Victor Castanet est édifiant : on y voit les conséquences de la recherche effrénée du profit. Après les Ehpad, les crèches privées... L'objectif est d'encaisser l'argent public et d'échapper à l'impôt. On crée des holdings, des sous-holdings – c'est un jeu sans fin.

Les mesures qui ont été prises n'ont pas suffi à faire payer ces gens, qui prennent l'argent public mais ne remboursent jamais. Assez !

M. Guillaume Gontard. – L'ampleur du scandale justifie notre constance. Si nous soulevons la question chaque année, c'est qu'aucune réponse n'est apportée.

L'écart de salaires d'un à neuf n'existe pas dans tous les Ehpad, mais seulement dans certains grands groupes : 1 million d'euros par an pour les dirigeants, 1 350 euros par mois pour une aide-soignante. De tels écarts n'ont pas à être financés par de l'argent public !

Cet amendement est aussi un moyen de contrôle, de transparence. Vous savez bien être exigeants quand il s'agit de contrôler les prestations sociales... Mettons fin à ces dérives.

Mme Brigitte Bourguignon. – À entendre Mme Poncet Monge, on croirait que l'affaire Orpea n'a eu aucune suite, que nous nous en serions désintéressés.

Petit rappel : nous avons saisi l'Igas et l'IGF (*murmures sur les travées du GEST*) ; j'ai convoqué le directeur et le président d'Orpea ; nous avons porté plainte au nom de l'État, ce qui a eu des conséquences sérieuses. (*M. Guillaume Gontard proteste.*)

Tous les établissements ont été contrôlés – un minimum, mais qui n'avait jamais été fait. Nous avons

mis en place des grilles de tarification et des exigences de transparence qui ont fortement déplu à certains groupes. (*Mme Émilienne Poumirol s'exclame.*)

Un peu de nuance : il n'y a pas d'un côté ceux qui pensent bien, de l'autre ceux qui n'ont rien à faire des personnes âgées ! (*Applaudissements sur plusieurs travées des groupes UC, Les Républicains et INDEP*)

Mme Pascale Gruny. – Très bien !

Mme Laurence Rossignol. – Il ne nous appartiendrait pas d'intervenir en matière de salaires dans le secteur privé ? Mais vous ne faites que ça, quand vous augmentez le temps de travail sans augmenter les salaires, quand vous augmentez les cotisations sociales des apprentis ! (*Protestations sur les travées du groupe Les Républicains*) Vous ne vous occupez pas des très hauts salaires du privé, mais quand il s'agit des petits salaires, vous ne vous privez de rien ! (*Applaudissements à gauche*)

Mme Corinne Féret. – Notre première préoccupation est la qualité de la prise en charge et le bien-être des résidents en Ehpad. Mais on ne peut ignorer les conditions de travail de ceux qui y interviennent. Neuf Smic, c'est environ 12 000 euros par mois. Peut-être considérez-vous que ce n'est pas grand-chose... Notre proposition est raisonnable. Ce qui est scandaleux, c'est de verser des salaires à six zéros à ceux qui font de l'accueil de nos aînés un simple commerce, guidés par le seul profit ! Il n'est pas choquant d'encadrer le niveau de rémunération pour des établissements qui bénéficient de financements publics.

M. Daniel Chasseing. – Mme Bourguignon a raison : Orpea a fait le ménage après les contrôles qui ont été réalisés, il faut le dire.

J'ai déposé un amendement pour augmenter le temps de travail – qui doit se traduire par un complément de salaire, et donc de recettes pour la sécurité sociale ! (*Protestations à gauche*)

Mme Corinne Féret. – On connaît la journée de solidarité : du travail gratuit !

M. Daniel Chasseing. – Cela dit, je voterai cet amendement.

Mme Raymonde Poncet Monge. – On a agi – parce qu'il y a eu un scandale. Puis il y a eu le scandale des crèches. (*Mme Cathy Apourceau-Poly renchérit.*) Des mécanismes puissants sont à l'œuvre. Ces cinq groupes font des profits énormes.

M. Olivier Rietmann. – Les salauds...

Mme Raymonde Poncet Monge. – D'où viennent ces profits ? Vous ne cherchez pas à le savoir.

La [contribution](#) du groupe écologiste au rapport de la commission d'enquête sénatoriale contient des propositions, élaborées avec un expert anglais.

Quand éclatera le scandale des cliniques privées psychiatriques, vous réagirez... Il faut entraver les profits scandaleux de ces groupes qui se gavent mais versent aux professionnels des salaires indignes. (*M. Olivier Rietmann s'impatiente.*)

À la demande du groupe SER, les amendements identiques n°s 1342 rectifié et 1731 rectifié sont mis aux voix par scrutin public.

Mme la présidente. – Voici le résultat du scrutin n°55 :

Nombre de votants.....	345
Nombre de suffrages exprimés.....	344

Pour l'adoption.....	114
Contre.....	230

Les amendements identiques n°s 1342 rectifié et 1731 rectifié ne sont pas adoptés.

Mme la présidente. – [Amendement n°1739 rectifié](#) de Mme Lubin et du groupe SER.

Mme Monique Lubin. – Les structures médico-sociales pour personnes handicapées ou personnes âgées qui bénéficient d'un statut expérimental sont autorisées par les conseils départementaux et les ARS pour une durée maximale de dix ans.

Nous proposons qu'elles bénéficient d'un renouvellement à quinze ans de leur autorisation sans renoncer à leur statut expérimental.

Ces structures expérimentales jouent un rôle clé dans la transformation de l'offre et dans l'innovation territoriale – or malgré leur pertinence reconnue, elles sont dans l'impasse, car elles n'ont d'autres choix, au bout de dix ans, que de basculer vers des catégories préexistantes. C'est le cas de Bobos à la ferme, des résidences de répit partagées, des Maisons de Vincent et, sur mon territoire, du Village Landais Alzheimer Henri Emmanuelli.

Quinze ans, c'est la durée normale pour tous les ESSMS. Simplifions !

Mme Chantal Deseyne, *rapporteur.* – La commission avait initialement demandé le retrait, mais Mme Lubin nous a depuis apporté des éclaircissements. Ces structures innovantes ont fait leurs preuves ; facilitons leur pérennisation. À titre personnel, j'invite mes collègues à voter cet amendement.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, *ministre déléguée.* – Même avis. Je remercie Mme Lubin de cet amendement.

Mme Monique Lubin. – Je vous remercie de nous avoir entendus. Ce sera une bouffée d'air pour notre Village Landais et pour les autres structures qui apportent des réponses novatrices en matière d'accueil des personnes dépendantes. Il y a de nombreux beaux projets !

L'amendement n° 1739 rectifié est adopté et devient un article additionnel.

Mme la présidente. – À l'unanimité ! (*Applaudissements*)

Mme la présidente. – [Amendement n°1751](#) de Mme Canalès et du groupe SER.

Mme Marion Canalès. – La qualité et la sécurité de l'accueil des jeunes enfants sont une priorité. Elle doit se traduire en actes. Un levier d'amélioration pourrait être l'évolution partielle du mode de financement des établissements d'accueil.

Cet amendement s'inspire de l'incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq) à l'œuvre dans les établissements de santé : des indicateurs de qualité de prise en charge des enfants permettraient à la CAF de mesurer les efforts réalisés, et, le cas échéant, de supprimer provisoirement les financements accordés aux établissements jusqu'à leur mise en conformité.

M. Olivier Henno, *rapporteur de la commission des affaires sociales pour la branche famille.* – Nous avons abordé ce sujet dans le [rapport](#) que j'ai cosigné avec Mmes Muller-Bronn et Poumirol. Toutefois, le financement des crèches est indépendant de la publication d'indicateurs, qui nécessitent au demeurant une nomenclature précise et un travail d'expertise. Cela ne relève pas du PLFSS mais plutôt d'une proposition de loi. Avis défavorable.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, *ministre déléguée.* – La [loi pour le plein emploi](#) de 2023 a prévu que les établissements d'accueil des jeunes enfants font l'objet d'une évaluation tous les cinq ans et publient des indicateurs. L'autorisation de l'établissement peut également être supprimée en cas de non-respect de ses obligations, ce qui interrompt les financements de la CAF. Votre amendement est donc satisfait. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Marion Canalès. – Dont acte. Cela étant, le rapport de nos collègues rappelle l'importance de disposer d'indicateurs clés.

Le récent décret fixant le taux d'encadrement dans les pouponnières, par exemple, était très attendu, pour améliorer l'accueil dans des établissements sous tension.

Ces indicateurs n'ont rien de coercitifs ; ils permettraient aux CAF de repérer les difficultés et de prévenir avant de suspendre les financements.

L'amendement n°1751 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°1331](#) de Mme Poncet Monge et *alii.*

Mme Raymonde Poncet Monge. – Je sais le sort réservé à cette demande de rapport, mais le problème perdure.

Le Ségur de la santé – qui représente 13 milliards d'euros de dépenses non financées – pose des problèmes de financement aux établissements

médico-sociaux non lucratifs, faute de compensation de ces revalorisations. Pour eux, le Ségur aura été une victoire amère...

Une enquête de l'Acosss montre que plus de huit structures sur dix n'ont pas reçu l'intégralité du financement attendu, sachant qu'il n'y aura aucun règlement rétroactif lié aux déficits de 2024 et 2025.

Cet amendement appelle le Gouvernement à dresser un état des lieux des difficultés rencontrées.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – Je ne minore pas l'importance du sujet. Nous débattons de la compensation des revalorisations du Ségur à l'article 37. Avis défavorable, car c'est une demande de rapport.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – L'application de [l'article 42](#) de la LFSS pour 2022 a déjà fait l'objet d'un rapport remis au Parlement, en application de [l'article 83](#) de la LFSS pour 2023. Votre amendement est satisfait : demande de retrait.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Je demande une étude actualisée, pour les établissements qui ont un passif en 2023 et 2024.

D'autant qu'il reste des trous dans la raquette. La branche de l'aide à domicile ne bénéficie toujours pas du Ségur...

L'amendement n°1331 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°1242](#) de M. Hochart et *alii*.

M. Aymeric Durox. – Les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) relevant d'employeurs associatifs ne bénéficient pas pleinement des revalorisations du Ségur, d'où des écarts de rémunération notables au sein de la branche autonomie. Cet amendement demande un rapport sur le sujet, dans un objectif d'équité et d'efficience de la dépense publique.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – Cette distorsion dans l'attribution de la prime Ségur a des effets collatéraux : les Ssiad ont du mal à recruter, car, à qualification égale, les personnels préfèrent les établissements où ils bénéficieront du Ségur.

Mais c'est une demande de rapport : avis défavorable.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – [L'article 44](#) de la LFSS pour 2022 porte sur les règles de financement des Ssiad ; c'est [l'article 43](#) qui porte sur le financement du Ségur.

Sur le fond, un rapport a déjà été remis en application de l'article 83 de la LFSS pour 2023. Les annexes au PLFSS 2026 apportent également un éclairage sur le coût des revalorisations salariales. Avis défavorable.

L'amendement n°1242 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°948](#) de Mme Poncet Monge et *alii*.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Nous demandons un rapport évaluant la pertinence qu'il aurait à obliger les établissements privés à but lucratif à proposer un nombre minimal – fixé par décret – de places habilitées à l'aide sociale à l'hébergement (ASH) des personnes âgées.

Dans les Ehpad des grands groupes, seules 19 % des places sont habilitées à l'ASH, et 25 % dans les autres établissements privés lucratifs, contre 84 % dans les Ehpad privés non lucratifs et 93 % dans les Ehpad publics.

Ainsi, nous tarirons l'une des sources de la rentabilité indigne, excessive, de ces groupes.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – Ce PLFSS contient soixante-dix demandes de rapport... Avis défavorable, comme toujours.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – Avis défavorable, c'est une compétence du président du conseil départemental.

L'amendement n°948 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°376 rectifié](#) de Mme Jacquemet et *alii*.

M. Daniel Fargeot. – [L'article 79](#) de la LFSS 2024 a prévu d'expérimenter la fusion des sections soins et dépendance des Ehpad et des unités de soins de longue durée (USLD), censée durer quatre ans. La LFSS 2025 en a réduit la durée à deux ans – mais l'expérimentation n'a débuté qu'en juillet 2025, pour s'achever au 31 décembre 2026. Nous n'aurons pas le recul suffisant pour trancher. Prolongeons l'expérimentation d'un an.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°421 rectifié ter](#) de M. Roux et *alii*.

Mme Maryse Carrère. – L'expérimentation est bien courte, au regard de l'ambition de la réforme. Le rapport doit en examiner la pertinence.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°443 rectifié quater](#) de Mme Antoine et *alii*.

Mme Anne-Sophie Romagny. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1017 rectifié ter](#) de Mme Bourcier et *alii*.

Mme Marie-Claude Lermytte. – Défendu.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – L'article 79 de la LFSS 2024 prévoit que le CNSA conduit une évaluation de l'expérimentation chaque année. La commission espère une généralisation rapide de cette expérimentation, dont les vingt-trois départements expérimentateurs sont très satisfaits. D'autres frappent à la porte. Retrait sinon avis défavorable.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – Le Gouvernement souhaite accélérer la

généralisation du dispositif, au vu des retours très positifs : réduction des disparités territoriales, simplification et amélioration du financement des Ehpad. Retrait sinon avis défavorable.

Les amendements n°s 376 rectifié, 421 rectifié ter, 443 rectifié quater et 1017 rectifié ter sont retirés.

Mme la présidente. – [Amendement n°1768 rectifié](#) de Mme Le Houerou et du groupe SER.

Mme Annie Le Houerou. – Cet amendement d'appel demande un rapport sur l'opportunité de créer un fonds d'urgence dédié au soutien financier des ESSMS en difficulté. Ces derniers peinent à absorber l'augmentation des coûts de fonctionnement, des équipements sanitaires et des charges. Près de 60 % des Ehpad publics étaient en déficit, en 2023, contre 26 % en 2020. Leur modèle économique est fragilisé. Le déficit cumulé depuis 2022 atteint 2 milliards d'euros.

Il convient donc de reconduire le fonds de soutien, en attendant le projet de loi de programmation pluriannuelle pour le grand âge dont nous avons voté le principe, à l'unanimité, en février 2024.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – Demande de rapport, avis défavorable. Mais je partage vos inquiétudes. Nous avons inscrit trois ans de suite un fonds d'urgence au PLFSS ; l'an dernier, il était de 300 millions d'euros. Certains établissements sont au bord de la rupture ; les premières victimes seront les résidents ou les usagers. Nous aurions pu trouver un fonds pérenne, à défaut de fonds d'urgence.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – Avis défavorable à la demande de rapport. Je partage néanmoins votre préoccupation sur la situation financière des Ehpad. La réforme de la fusion des sections est une première réponse. La section hébergement est souvent sous-estimée ; il faut également encourager la révision des coupes Pathos, pour calibrer les financements au regard du niveau de dépendance.

Enfin, ce PLFSS affecte 4 500 ETP supplémentaires dans les Ehpad, pour améliorer tant la prise en charge de nos aînés que les conditions de travail et pour lutter contre l'absentéisme. Les défis restent nombreux.

Mme Corinne Féret. – La commission repousse toutes les demandes de rapport – mais c'est le seul moyen pour nous d'évoquer certains sujets, quand nos amendements sont frappés par l'article 40 !

Depuis l'an dernier, la situation des Ehpad ne s'est pas améliorée, c'est pourquoi nous demandons à nouveau un fonds d'aide.

Si le vote du Parlement était respecté, nous aurions eu la loi de programmation sur le grand âge, promise pour fin 2024...

L'amendement n°1768 rectifié n'est pas adopté.

Article 37

M. Marc Laménie. – Je veux saluer la qualité du travail de la commission.

Les revalorisations salariales dites Ségur, qui ont fait suite à la crise sanitaire, ont été progressivement étendues à différentes catégories, même s'il reste encore des « oubliés du Ségur ».

Le coût des revalorisations, pris en charge à 90 % par la sécurité sociale, était de 11,3 milliards d'euros en 2023. En juin 2024, la prime a été étendue au personnel non soignant des ESSMS privés à but non lucratif : 112 000 salariés supplémentaires. Le surcoût pour les départements s'élève à 170 millions d'euros ; la CNSA apportera un soutien financier pérenne de 85 millions d'euros. L'État et les départements vont devoir dialoguer.

Notre groupe votera l'article 37.

Mme Silvana Silvani. – L'État ne compense plus correctement aux départements le coût des politiques sociales qu'ils assument.

L'article 37 prévoit un versement de 85 millions d'euros de la CNSA pour compenser l'extension du Ségur aux ESSMS à but non lucratif – à répartir entre tous les départements – alors qu'il faudrait 170 millions. Belle démonstration du manque de considération de l'État pour les collectivités ! Il aura fallu attendre près d'un an pour qu'un accord à 50 % soit trouvé. Trop peu, trop tard.

Les compensations, transferts et financements ne cessent de baisser, comme l'a rappelé Mme Brulin dans sa [question d'actualité](#) du 19 novembre, alors que les périmètres d'action imposés par l'État aux collectivités s'étendent. Le RSA et l'APA sont des dépenses contraintes ; 70 % des dépenses de fonctionnement des départements ne sont pas pilotables.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée chargée de l'autonomie et des personnes handicapées. – Le Gouvernement soutient les départements dans l'accompagnement de leurs dépenses sociales, c'est l'objet de l'article 37. Ce PLFSS prévoit également un abondement de 300 millions d'euros pour maintenir la compensation au titre de l'APA et de la PCH.

Le Premier ministre s'est engagé, lors de l'assemblée générale des Départements de France, à doubler le fonds de sauvegarde des départements. De nombreuses questions trouveront réponse dans le projet de loi de décentralisation qu'il a annoncé.

Mme la présidente. – [Amendement n°1131 rectifié](#) de Mme Paoli-Gagin et alii.

M. Daniel Chasseing. – Validée juste avant les élections, l'extension de la prime Ségur aux ESSMS privés à but non lucratif aurait dû être concertée avec les départements, pour s'assurer de sa soutenabilité financière. En l'état de leurs finances, ils ne peuvent

en supporter le coût, évalué à 170 millions d'euros en année pleine.

La revalorisation salariale était légitime, et nécessaire pour préserver l'attractivité des métiers. Les départements ont pris acte de l'engagement du Gouvernement de financer la moitié de cette décision, à hauteur de 85 millions d'euros. Cet article ne concerne toutefois que le champ de l'autonomie : l'État doit trouver le moyen d'assurer la compensation pour ce qui relève de la protection de l'enfance.

Mme la présidente. – [Amendement n°377 rectifié](#) de Mme Jacquemet et *alii*.

M. Daniel Fargeot. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°422 rectifié ter](#) de M. Roux et *alii*.

Mme Maryse Carrère. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°444 rectifié ter](#) de Mme Antoine et *alii*.

Mme Agnès Canayer. – Défendu.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – La CNSA gère la branche autonomie ; elle n'a pas vocation à financer la protection de l'enfance. C'est à l'État d'identifier le meilleur canal de financement. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – Les dépenses de l'aide sociale à l'enfance (ASE) sont incluses dans cette base de calcul de 170 millions d'euros. Les départements ont donc bénéficié de cette compensation à l'occasion de cet accord.

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

Les amendements identiques n°s 377 rectifié, 422 rectifié ter et 444 rectifié ter sont retirés.

Mme la présidente. – [Amendement n°703](#) de Mme Deseyne, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement rédactionnel n°703 de la commission, accepté par le Gouvernement, est adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°350 rectifié bis](#) de M. Reynaud et *alii*.

M. Hervé Reynaud. – Le surcoût de l'extension du Ségur à des personnels non soignants, qui pèse sur les départements, a été évalué à 170 millions d'euros. Finalement, la CNSA a évoqué une compensation à 50 %, soit 85 millions d'euros : le compte n'y est pas. Le critère actuel de la répartition des aides se fonde sur le nombre de places dans les établissements ; préférons celui des personnes concernées par les revalorisations salariales.

Merci à Mme la rapporteure pour son écoute, qui a abouti à une rédaction commune.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°378 rectifié bis](#) de Mme Jacquemet et *alii*.

M. Daniel Fargeot. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°423 rectifié quater](#) de M. Roux et *alii*.

Mme Maryse Carrère. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°445 rectifié quinquies](#) de Mme Antoine et *alii*.

Mme Agnès Canayer. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°704](#) de Mme Deseyne, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – Les modalités de répartition de l'aide de la CNSA aux départements doivent tenir compte du nombre de personnels concernés par les revalorisations salariales plutôt que du nombre de places ; c'est plus pertinent.

Mme la présidente. – [Amendement n°1132 rectifié](#) de Mme Paoli-Gagin et *alii*.

M. Daniel Chasseing. – Le coût de l'extension du Ségur est de 170 millions d'euros pour les départements. L'État s'est engagé à en compenser 85 millions d'euros. Le critère de répartition prévu dans cet article n'est pas pertinent ; il faut s'appuyer sur le nombre de personnels concernés en ETP.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – Avis favorable à tous les amendements, ainsi qu'à l'amendement n°1132 rectifié s'il est rendu identique à celui de la commission.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – Avis défavorable. Nous ne disposons pas des données relatives au nombre d'ETP dans les établissements ; les faire remonter, pour ensuite recalculer la répartition de l'enveloppe, serait très compliqué. Certains départements ont déjà reçu des soutiens – il leur serait difficile de leur demande de restituer des trop-perçus.

Les amendements identiques n°s 350 rectifié bis, 378 rectifié bis, 423 rectifié quater, 445 rectifié quinquies et 704, sont adoptés.

L'amendement n°1132 rectifié n'a plus d'objet.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Avez-vous inclus, dans les 300 millions d'euros prévus pour les départements, la compensation de l'agrément de la branche aide à domicile qui a été bloquée, faute de financement ?

La branche, qui n'a pas bénéficié du Ségur, a un agrément de 6 points. Il suffisait que la grille sorte du Smic. Il revenait aux départements de financer cette compensation, mais ils n'en ont pas les moyens. Le coût de la mesure est estimé à environ 70 millions d'euros. Les 300 millions d'euros incluent-ils la revalorisation de la grille des aides et des soignants à domicile ?

Mme Michelle Gréaume. – Certes, financer les revalorisations salariales et annoncer une

augmentation du fonds de sauvegarde des départements est louable, mais cet article ne répond pas au sous-financement des ESSMS et à la faible rémunération de leur personnel.

L'approche forfaitaire retenue ne tient pas compte des spécificités locales. Le décret auquel renvoie l'article ne permet pas aux conseils départementaux d'y voir plus clair.

Élue au conseil départemental du Nord, je vous alerte sur la situation difficile que nous vivons, madame la ministre. Les départements pourraient être contraints de réduire d'autres budgets ou d'augmenter les impôts locaux.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – Dans le PLFSS, 300 millions d'euros sont destinés à suivre l'évolution de l'inflation et des carrières dans les ESSMS.

Madame Poncet Monge, l'avenant 68 est une question qui me tient particulièrement à cœur. J'échange régulièrement avec Départements de France. L'avenant n'est pas compris dans les 300 millions d'euros. J'avais pris l'engagement de ne plus agréer de nouvelles hausses sans leur accord.

Le Gouvernement a fait de nombreux pas envers les départements – le fonds de sauvegarde, notamment. J'espère qu'ils vont agréer l'accord, afin que les salaires de la branche aide à domicile puissent enfin être revalorisés.

L'article 37, modifié, est adopté.

Après l'article 37

Mme la présidente. – [Amendement n°21 rectifié](#) de Mme Malet et *alii*.

Mme Viviane Malet. – Les collectivités d'outre-mer font partie des départements les plus âgés de France : on comptera 36 % de seniors en 2050 à La Réunion. Les départements ultramarins ne pourront pas supporter ce choc, d'autant que leurs habitants deviennent dépendants plus tôt qu'en métropole. Dans le PLFSS pour 2025, le Gouvernement a instauré un coefficient géographique majorant de 5 % le taux de couverture de l'APA. C'est un premier pas, toutefois insuffisant. Le reste à charge de chaque bénéficiaire est de 400 euros en métropole contre 700 euros à La Réunion. Nous proposons de tenir compte de ces spécificités dans le calcul du coefficient géographique des années à venir.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – Dans [la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025](#), le Parlement a adopté une réforme des concours de la CNSA, notamment ceux visant à compenser les dépenses d'APA et de PCH. Un coefficient géographique a été instauré pour prendre en compte les spécificités des territoires d'outre-mer.

Cet amendement nous semble pertinent. Avis favorable.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – Même avis.

L'amendement n°21 rectifié, modifié par la suppression du gage, est adopté et devient un article additionnel.

Mme la présidente. – [Amendement n°1442](#) de M. Khalifé.

M. Khalifé Khalifé. – Les centres médico-psychologiques (CMP) ont du mal à fidéliser les personnels paramédicaux, car les rémunérations sont plus faibles que dans le secteur libéral. Il faut en renforcer l'attractivité. La [LFSS pour 2021](#) a prévu une revalorisation pour ces métiers, qu'en est-il ?

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – S'agissant d'une demande de rapport, avis défavorable.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – Même avis. L'amendement est satisfait par le rapport prévu à l'article 83 de la [LFSS pour 2023](#), et qui a été transmis au Parlement.

L'amendement n°1442 n'est pas adopté.

Article 38

Mme la présidente. – [Amendement n°148 rectifié quater](#) de Mme Guidez et *alii*.

Mme Jocelyne Guidez. – Supprimons cet article qui introduit un principe de subsidiarité entre les prestations d'autonomie et les indemnités civiles versées par un tiers responsable. L'APA et la PCH répondent à un besoin de compensation de la perte d'autonomie ou du handicap, et non à une logique de réparation d'un préjudice, comme l'a rappelé la Cour de cassation à plusieurs reprises.

Le dispositif créerait une grande insécurité juridique et administrative. Le processus d'indemnisation civile, long, est fondé sur des provisions globales. L'articulation avec des aides mensuelles et évolutives serait techniquement inapplicable et source d'inégalités.

Le dispositif entraînerait une complexification des démarches des bénéficiaires, une confusion entre aide et indemnité, voire un non-recours accru à leurs droits ; le tout pour des économies marginales – 9,2 millions d'euros la première année, 27,8 millions d'euros la troisième – sans aucune mesure avec les effets négatifs anticipés.

Comment a-t-on pu faire une telle proposition ?

Mme la présidente. – [Amendement identique n°417 rectifié bis](#) de M. Laouedj et *alii*.

M. Michel Masset. – Cet article créerait une rupture d'égalité entre les personnes en situation de handicap ou de dépendance selon l'origine de leur état. Cet amendement préserve la distinction essentielle entre la réparation d'un dommage et la prestation sociale et garantit le maintien intégral des droits de chaque personne.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°705](#) de Mme Deseyne, au nom de la commission.

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – La branche autonomie ne doit pas être écartée des réflexions sur l'efficacité de la dépense publique, mais ce dispositif introduit une charge administrative pour les départements et les bénéficiaires des prestations. Il est aussi très flou et risque d'être inégalement appliqué sur le territoire. Il se heurte à des difficultés opérationnelles, liées aux différences de temporalité entre la notification du droit à la PCH et la détermination des indemnités dues par des tiers responsables.

Aucune concertation n'a eu lieu avec les associations, qui le déplorent.

Il faut distinguer le droit à indemnisation et à compensation. Pour toutes ces raisons, nous devons supprimer cet article. (*M. Laurent Somon renchérit.*)

Mme la présidente. – [Amendement identique n°946](#) de Mme Poncet Monge et *alii*.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Le principe de subsidiarité instauré par le présent article se heurtera à l'hétérogénéité des pratiques départementales en matière d'octroi des prestations, au risque de renforcer les inégalités territoriales. Au lieu de renforcer les politiques sociales d'inclusion de personnes en situation de handicap, l'État, avec cet article, augmentera probablement le non-recours à ces prestations.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1217](#) de Mme Brulin et du groupe CRCE-K.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Il s'agit de réaliser des économies au détriment des personnes handicapées.

Cette mesure opère une confusion délétère entre deux dispositifs dont la philosophie est complètement différente. Les indemnités versées par un assureur ou par l'auteur du dommage ont pour objectif la réparation d'un dommage tandis que l'APA et la PCH sont des prestations versées au titre de la solidarité nationale.

Rien n'empêche les départements de tenir compte des aménagements réalisés grâce à l'indemnité pour ne pas inclure le montant équivalent dans le plan d'accompagnement du bénéficiaire. De même, si une assistance à tierce personne est prise en compte dans le calcul des dommages et intérêts, rien n'empêche les départements d'en tenir compte pour estimer les besoins d'assistance aux bénéficiaires.

Il s'agit donc uniquement de réaliser des économies au détriment de personnes précarisées, tout en compliquant leurs démarches administratives, puisqu'elles devront déclarer les indemnités perçues au titre de la réparation des dommages.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1747](#) de Mme Féret et du groupe SER.

Mme Corinne Féret. – Cet article n'a pas fait l'objet d'une concertation préalable avec les acteurs concernés. Les économies priment les droits des personnes vulnérables. La subsidiarité revient sur un acquis essentiel. L'article introduit également un flou total sur la manière de déduire les sommes ou de traiter les capitalisations futures, entre autres. Rien n'est clair !

La réforme transforme les départements en assureurs secondaires, créant un système complexe et juridiquement fragile. Le Gouvernement doit engager une concertation avec les acteurs afin de sécuriser le dispositif.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – Lorsqu'une perte de capacité fait suite à un accident dont un tiers est responsable, il est normal que ce soit l'assureur de ce dernier qui prenne en charge les dépenses d'aide, comme l'APA ou la PCH. Sur ce principe, nous sommes d'accord : c'est à l'assureur de payer, non au département. (*Mme Cathy Apourceau-Poly acquiesce.*)

Or les départements manquent d'informations pour ne pas prendre en charge les dépenses. Résultat : celles-ci sont prises en charge deux fois – par l'assureur, ce qui est normal, et par le département, ce qui n'est pas souhaitable. Certes, les départements peuvent recueillir des informations auprès des MDPH, mais les modalités de transmission ne sont pas simples ; aussi, la plupart d'entre eux n'utilisent pas cette possibilité.

Madame Guidez, les montants sont faibles pour les années à venir, car le dispositif ne concerne pas les personnes en cours d'indemnisation, mais uniquement les nouveaux dossiers.

Vous m'appellez à retravailler ce dispositif avec les associations. *Mea culpa*, un travail approfondi s'impose, en effet.

Le Gouvernement a donc déposé [l'amendement n°1801](#) pour réécrire l'article, et, partant, répondre à vos préoccupations. L'amendement rappelle que la disposition s'applique sans préjudice du droit à compensation ; le droit à l'APA ou à la PCH n'est absolument pas remis en cause. Ces prestations demeurent universelles et garantissent à chaque personne une évaluation de ses besoins, indépendamment d'une éventuelle indemnisation. Toute évolution de la perte d'autonomie ou du handicap, même sans lien avec l'accident à l'origine de l'indemnisation, demeure prise en compte.

Pour lever toute ambiguïté entre droit à compensation et droit à indemnisation, l'amendement précise que la déduction éventuellement opérée par le département ne peut concerner que la seule part des indemnités qui correspond à des besoins couverts par l'APA ou la PCH.

Pour alléger la charge administrative des départements, les informations transmises par les assureurs portent sur la part des indemnités destinées

à couvrir des besoins figurant dans le plan d'aide ou de compensation.

Cette disposition, qui s'appliquera à partir de janvier 2027, fera l'objet d'une concertation. Elle n'aura aucun impact négatif sur les personnes indemnisées.

Avis défavorable à ces amendements au profit de celui du Gouvernement.

Les amendements identiques n^{os} 148 rectifié quater, 417 rectifié bis, 705, 946, 1247 et 1747 sont adoptés et l'article 38 est supprimé.

Les amendements n^{os} 1801, [381 rectifié](#) et [427 rectifié ter](#) n'ont plus d'objet.

Après l'article 38

Mme la présidente. – [Amendement n°1330](#) de Mme Poncet Monge et *alii*.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Pour une fois, défendu ! (*Sourires*)

Mme Chantal Deseyne, rapporteur. – Avis défavorable, s'agissant d'une demande de rapport.

Mme Charlotte Parmentier-Lecocq, ministre déléguée. – Même avis.

L'amendement n°1330 n'est pas adopté.

La séance est suspendue à 20 h 05.

PRÉSIDENCE DE MME ANNE CHAIN-LARCHÉ,
VICE-PRÉSIDENTE

La séance reprend à 21 h 35.

Mise au point au sujet d'un vote

Mme Marie-Claude Lermytte. – Lors du scrutin public n°55, je souhaitais voter pour.

Acte en est donné.

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

Mme la présidente. – L'article 39, les amendements portant articles additionnels après l'article 39 ainsi que l'article 40 sont réservés.

Article 41

Mme la présidente. – [Amendement n°709](#) de M. Henno, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement rédactionnel n°709, accepté par le Gouvernement, est adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°710](#) de M. Henno, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement rédactionnel n°710, accepté par le Gouvernement, est adopté.

L'article 41, modifié, est adopté.

Article 42

Mme Nadia Sollogoub. – M. Longeot salue la création d'un congé supplémentaire de naissance, mais s'inquiète du transfert de recettes de 5,7 milliards d'euros de la branche famille vers d'autres branches de la sécurité sociale, dont 1,4 milliard d'euros à la branche maladie. Ce siphonnage budgétaire est une confiscation des moyens de la politique familiale. Or la contribution des familles ne cesse d'augmenter, comme en attestent les multiples déplaçonnements du barème des participations familiales depuis 2018.

Mme Laurence Rossignol. – Concernant l'article 41, les familles monoparentales attendent autre chose que des procédures de recouvrement : un statut des familles monoparentales, et un travail sur l'allocation de soutien familial (ASF) en cas de remise en couple. Il faut alors une transition étalée dans le temps.

Le congé supplémentaire de naissance est une bonne mesure. Mais que dire du niveau de la prestation ? En raison de l'écart salarial entre les hommes et les femmes, le congé supplémentaire de naissance doit être conçu en fonction du salaire des pères, pour qu'il soit incitatif. C'est une mesure dans l'intérêt de l'enfant, pour que le lien existe aussi entre le père et l'enfant ; c'est la condition d'une future juste répartition de la charge mentale entre les parents.

Mme la présidente. – [Amendement n°711](#) de M. Henno, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement rédactionnel n°711, accepté par le Gouvernement, est adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°712](#) de M. Henno, au nom de la commission des affaires sociales.

M. Olivier Henno, rapporteur. – Étendons le congé supplémentaire de naissance aux agents stagiaires de l'État.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1381](#) du Gouvernement.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Cet amendement est quasiment rédactionnel.

Les amendements identiques n^{os} 712 et 1381 sont adoptés.

Mme la présidente. – [Amendement n°1838](#) de M. Henno, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement rédactionnel n°1838, accepté par le Gouvernement, est adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°1538 rectifié ter](#) de Mme Demas et *alii*.

Mme Patricia Demas. – Je salue la mise en œuvre du congé supplémentaire de naissance, qui encourage la natalité. Mais son application reste floue, ce qui peut pénaliser les familles et compliquer leur organisation. Ce congé ne peut être fractionné, il doit être pris soit à la suite d'un congé de maternité, de paternité et d'adoption soit, après une période de reprise de travail, dans la limite du neuvième mois de l'enfant. Cela sécurise les droits des parents et favorise le retour à l'emploi. C'est un choix crucial pour l'avenir de notre nation.

Mme la présidente. – [Amendement n°713](#) de M. Henno, au nom de la commission des affaires sociales.

M. Olivier Henno, rapporteur. – Les parents doivent pouvoir prendre ce congé de manière simultanée ; néanmoins, nous sommes défavorables à son fractionnement.

Mme Aurore Bergé, ministre déléguée chargée de l'égalité entre les femmes et les hommes et de la lutte contre les discriminations. – Merci de souligner le progrès que ce dispositif représente. Dans un esprit d'égalité, le congé supplémentaire de naissance doit pouvoir être pris de façon simultanée par les parents, pour qu'ils puissent être ensemble auprès de l'enfant – un père peut aussi vouloir soutenir la mère en cas de dépression post-partum. D'où l'avis défavorable sur l'amendement n°1538 rectifié *ter* ; en revanche, avis favorable sur l'amendement n°713 de la commission. Garantissons une forme de souplesse.

M. Olivier Henno, rapporteur. – Avis favorable à l'amendement n°1538 rectifié *ter*.

Mme Anne Souyris, rapporteur. – Ce congé doit rester souple, et le fractionnement doit être possible, afin que l'effort ne repose pas que sur l'un des deux parents.

Puisque nous parlons d'équité, parlons des maternités qui ferment et connaissent des pénuries de personnels. Entre 1997 et 2019, le nombre de femmes en âge de procréer qui vivent à plus de quarante-cinq minutes d'une maternité a plus que doublé. Le congé supplémentaire de naissance ne peut avoir d'effet que s'il s'accompagne d'un environnement de soins solide. Il faut une politique claire et ambitieuse pour garantir un maillage pérenne des maternités et une prise en charge de qualité.

L'amendement n°1538 rectifié ter est adopté.

L'amendement n°713 n'a plus d'objet.

Mme la présidente. – [Amendement n°1839](#) de M. Henno, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement rédactionnel n°1839, accepté par le Gouvernement, est adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°1840](#) de M. Henno, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement rédactionnel n°1840, accepté par le Gouvernement, est adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°1382](#) du Gouvernement.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Reportons la date d'entrée en vigueur du congé supplémentaire de naissance au 1^{er} juillet 2027.

Mme la présidente. – [Amendement n° 714](#) de M. Henno, au nom de la commission des affaires sociales.

M. Olivier Henno, rapporteur. – Après échange avec les caisses, nous préférons le 1^{er} janvier 2027.

Mme la présidente. – [Amendement n°755](#) rectifié de Mme Bourguignon et *alii*.

Mme Annick Billon. – Mieux indemnisé que l'actuel congé parental, le congé supplémentaire de naissance constitue une avancée majeure. Dans un contexte de crise démographique et de forte attente des familles, ce nouveau droit ne peut être repoussé à 2027. Néanmoins, sa mise en œuvre suppose un délai raisonnable. Préférons donc une entrée en vigueur au 1^{er} juillet 2026 plutôt qu'au 1^{er} janvier 2026.

M. Olivier Henno, rapporteur. – Avis défavorable à l'amendement n°1382 ainsi qu'à l'amendement n°755 rectifié.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Dans un esprit de compromis, sagesse sur l'amendement n°714, même si je préfère le mien. Demande de retrait, sinon avis défavorable sur l'amendement n°755 rectifié.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Nous voterons l'amendement n°755 rectifié. En audition, nous n'avons pas entendu dire qu'un délai de 18 mois était nécessaire, à moins qu'il s'agisse d'un problème de financement... Il faut moins de pression sur les capacités d'accueil du service public de la petite enfance, comme l'ont dit les maires. Nous souhaitons une mise en œuvre rapide.

Mme la présidente. – Si l'amendement n°1382 est adopté, les amendements n°s 714 et 755 rectifié deviendront sans objet ; en revanche, l'adoption de l'amendement n°714 ne fera pas tomber l'amendement n°755 rectifié.

Mme Laurence Rossignol. – Le 1^{er} juillet 2027, ce n'est pas possible ! Entre-temps, en mai 2027, il y aura un nouveau gouvernement, et, au lendemain des élections législatives, sans doute un PLFSS rectificatif. Que d'aléas ! Quand une prestation est installée et a déjà été versée, il est plus difficile de la supprimer. Nous voterons donc contre l'amendement n°1382. Tous ceux qui sont en faveur du congé supplémentaire

de naissance doivent voter en faveur de l'amendement n°755 rectifié.

M. Alain Milon. – Ils parient sur l'avenir...

Mme Laurence Rossignol. – Mme Bourguignon a été ministre des solidarités : si elle propose un versement dès le 1^{er} juillet 2026, c'est qu'elle a vérifié que cela était possible.

Mme Annick Billon. – Le 1^{er} juillet 2026 est une bonne date. Je ne retirerai pas l'amendement.

Mme Nadia Sollogoub. – Un mois de congé supplémentaire de naissance ne joue aucun rôle dans la décision de faire un enfant.

M. Daniel Laurent. – Très bien !

Mme Nadia Sollogoub. – En outre, cela va créer des écarts entre les salariés et les indépendants.

Étant donné l'état de nos finances publiques, plus la mise en œuvre sera éloignée, mieux ce sera.

M. Olivier Henno, rapporteur. – Ce congé, vieille demande des associations familiales, est également le fruit d'un [travail sénatorial](#). La date fixée n'est pas un terme : si cela est possible, ce congé pourra être mis en œuvre avant. Il s'agit seulement de ne pas fixer des objectifs que nous ne pourrions pas tenir. En audition, on nous a dit que juillet 2026 n'était pas tenable, d'où notre proposition de janvier 2027.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Ce congé est versé par les CAF : la mise en place demande du temps. Les entreprises doivent aussi adapter leur logiciel de déclaration des congés. Il n'y a pas que des questions administratives...

Mme la présidente. – L'adoption de l'amendement n°1382 rend les deux suivants sans objet. Mais soyez vigilants : si l'amendement n°714 est adopté et que le n°755 rectifié l'est aussi, le délai passe alors à juillet 2027.

L'amendement n°1382 n'est pas adopté.

L'amendement n°714 est adopté.

L'amendement n°755 rectifié n'est pas adopté.

Mme Laurence Rossignol. – Ce congé supplémentaire de naissance n'est pas un outil de politique nataliste. Ne le critiquons pas pour ce qu'il n'est pas. C'est avant tout une mesure d'égalité entre les deux parents dans les premiers mois de la vie qui permet un meilleur partage des tâches. Cette mesure est favorable à l'intérêt de l'enfant.

Mme Nadia Sollogoub. – Il nous faudrait du temps pour mesurer l'impact de cette mesure sur le monde économique – le contexte n'est pas reluisant en ce moment...

Mme Silvana Silvani. – Rien à voir, je l'espère, avec une politique nataliste ! Nous le savons, on ne fait pas d'enfant pour deux mois de congé. Cette mesure, paritaire et égalitaire, repose sur le

volontariat. D'ailleurs, c'est un congé de deux mois, pas de trois ans...

On se préoccupe suffisamment des entreprises dans cet hémicycle ; pour une fois, préoccupons-nous des enfants ! (*M. Olivier Rietmann lève les bras au ciel.*)

Je mettrai un bémol : les modalités de financement...

Mme Anne-Sophie Romagny. – Je suis d'accord avec Mme Sollogoub – et je suis mère de trois enfants.

Monsieur le rapporteur, l'impact économique, financier et organisationnel sur les entreprises a-t-il été mesuré ? Olivier Rietmann est sensible à ces questions... N'ajoutons pas de charges aux entreprises.

Mme Marion Canalès. – Si nous n'avions pas supprimé la possibilité de séquencer ce congé – pour répondre à Nadia Sollogoub – cette mesure aurait pu être perçue comme favorisant l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes... du moins dans la version du Gouvernement.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Mes chers collègues, n'ayez pas peur ! Ne craignez rien ! (*Mme Pascale Gruny rit.*) Le taux de recours augmentera progressivement. Les parents ne vont pas prendre chacun deux mois de congé du jour au lendemain ! En vous écoutant, on dirait que les entreprises subiront un choc immense, car tous les parents prendront quatre mois de congé... D'ailleurs, combien de temps a-t-il fallu pour mettre en œuvre le congé paternité ?

Les congés parentaux faisant l'objet d'une compensation forfaitaire, c'est la femme qui prend le congé parental... Cela nuit à l'égalité. Le congé supplémentaire de naissance est donc une belle réforme. Nous pourrions même aller plus loin. Pourquoi attendre un an ?

M. Alain Milon, vice-président de la commission. – Madame la présidente, les prises de parole sur article ne se font-elles pas avant l'examen des amendements ? Le règlement du Sénat a-t-il changé ?

Mme la présidente. – Il s'agit d'explications de vote sur l'article.

L'article 42, modifié, est adopté.

Après l'article 42

Mme la présidente. – [Amendement n°411 rectifié](#) de Mme Lassarade et *alii*.

Mme Florence Lassarade. – La prise en charge des soins dispensés aux nouveau-nés est source de confusions évitables. Certains actes relèvent du risque maternité et d'autres du risque maladie.

Les règles actuelles prévoient une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie pour une hospitalisation dans le mois suivant la naissance, mais

tant que le nouveau-né n'a pas son numéro de sécurité sociale, la sécurité sociale bloque tout paiement.

En outre, plus l'immatriculation est tardive, plus les risques d'erreur augmentent ; or les CPAM appliquent souvent les règles à la date de réception des feuilles de soins.

Nous proposons de simplifier : tant que le nouveau-né est en maternité, la prise en charge des soins doit se faire au titre du seul risque maternité. À sa sortie, ce sera le risque maladie.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°779 rectifié](#) de Mme Le Houerou et *alii*.

Mme Annie Le Houerou. – La prise en charge des soins engendre des confusions. La participation aux remboursements des frais varie selon les actes.

M. Olivier Henno, rapporteur. – Nous avons des doutes sur l'applicabilité de ce dispositif. Renseignements pris auprès de ceux qui l'appliqueront, cette clarification est bienvenue. Avis favorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Vos amendements me semblent satisfaits. L'absence de numéro d'identification poserait des problèmes pour les vaccins réalisés en ville. Regardons les choses plus précisément ; dans l'attente, retrait.

Mme Florence Lassarade. – Les vaccins sont administrés à partir de deux mois.

*Les amendements identiques
n°s 411 rectifié et 779 rectifié sont adoptés
et deviennent un article additionnel.*

Mme la présidente. – [Amendement n°1243](#) de M. Hochart et *alii*.

M. Christopher Szczurek. – Le bénéfice des allocations familiales doit revenir aux foyers dont au moins l'un des parents est de nationalité française. Les ressources de la branche famille doivent bénéficier en priorité aux Français. (*Murmures sur les travées du groupe SER*)

M. Olivier Henno, rapporteur. – La politique familiale se fixe des objectifs indépendamment de la nationalité des bénéficiaires. C'est de tradition... Avis défavorable.

Mme Aurore Bergé, ministre déléguée. – Nous sommes désormais habitués à l'Assemblée nationale à de tels amendements – le groupe RN y est fourni. Jusque-là, le Sénat avait été préservé de ces idées.

Il est inenvisageable de réserver le bénéfice de ces allocations aux nationaux. La politique familiale obéit à une logique universelle ; et ce serait contraire aux engagements internationaux de la France. Avis défavorable.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Très bien !

L'amendement n°1243 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°130 rectifié ter](#) de M. Fargeot et *alii*.

M. Daniel Fargeot. – Cet amendement reprend les dispositions de la [proposition de loi de Valérie Boyer](#) adoptées au Sénat. Il s'agit de conditionner à deux années de résidence le versement de certaines prestations sociales pour les étrangers en situation régulière et qui ne travaillent pas. Pour percevoir l'équivalent du RSA, il existe une condition de résidence de cinq ans en Italie, neuf ans au Danemark et un an en Espagne.

Mme Silvana Silvani. – Honteux !

M. Olivier Henno, rapporteur. – Avis défavorable. La durée de résidence en France d'un foyer n'a pas de lien avec les objectifs de la politique familiale. Il n'est pas pertinent de faire des économies sur la politique familiale étant donné les 5,7 milliards d'euros d'excédents. D'autant que la fécondité est de 1,6 enfant par femme ; or les pays ayant un tel taux perdent 20 % de leur population en deux générations ; pour ceux qui ont un taux de fécondité de 1,2, c'est 40 % !

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Même avis.

L'amendement n°130 rectifié ter n'est pas adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°129 rectifié ter](#) de M. Fargeot et *alii*.

M. Daniel Fargeot. – Je ne vais pas me faire des amis... Cet amendement propose de ne plus percevoir les allocations familiales et le complément familial à la majorité de l'enfant.

M. Olivier Henno, rapporteur. – Nos opinions n'ont pas de conséquence sur l'amitié. (*M. Daniel Fargeot apprécie.*) Pour avoir eu cinq enfants, il me semble que les dépenses augmentent davantage à partir des 18 ans, notamment à cause des études. Les foyers seraient très impactés. Avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Retrait, sinon avis défavorable. Cela reviendrait à ne plus verser d'AAH pour les jeunes ni l'aide versée en cas de décès d'un enfant. Ne changeons rien.

L'amendement n°129 rectifié ter est retiré.

Mme la présidente. – [Amendement n°131 rectifié quater](#) de M. Fargeot et *alii*.

M. Daniel Fargeot. – Cet amendement limite les allocations familiales à trois enfants. La politique familiale doit se recentrer sur les revenus du travail ; n'encourageons pas l'agrandissement de familles n'ayant pas les ressources pour subvenir à leurs besoins. (*Murmures sur les travées du groupe SER*)

M. Olivier Henno, rapporteur. – Avis défavorable, évidemment. Je suis favorable à titre personnel aux allocations familiales dès le premier enfant. Le principe même défini par le Conseil national de la Résistance (CNR) est d'aider les familles, quel que soit le nombre

d'enfants – cela va même plutôt croissant. Notre taux de natalité n'est pas bon.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Pour les mêmes raisons, retrait, sinon avis défavorable.

L'amendement n°131 rectifié quater est retiré.

Mme la présidente. – [Amendement n°136 rectifié ter](#) de Mme Noël et *alii*.

M. Jean-Jacques Panunzi. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement n°1843](#) de M. Henno, au nom de la commission des affaires sociales.

M. Olivier Henno, rapporteur. – Revenons sur le décalage de la majoration des allocations familiales de 14 ans à 18 ans. La branche famille est excédentaire.

Avis défavorable à l'amendement n°136 rectifié ter, qui prévoyait l'augmentation des allocations seulement à partir de 16 ans.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Nous avons décalé la majoration pour financer le congé supplémentaire de naissance. Selon une étude de la Drees, le surcoût intervient à 18 ans, et non plus à 14 ans. Retrait, sinon avis défavorable.

Mme Laurence Rossignol. – Nous voterons avec détermination l'amendement du rapporteur. Madame la ministre, c'est indéfendable. Bercy a une cotutelle sur le PLFSS : le ministère débarque dans votre bureau et vous dit de faire des économies dans la branche famille ! (*M. François Patriat renchérit.*) Nous, le Parlement, nous ne sommes pas soumis à Bercy !

Il est vrai qu'à 18 ans le coût augmente de nouveau. Mais il augmente déjà dès l'entrée au collège ! La majoration devrait avoir lieu dès 12 ans. Ce report à 18 ans est une mesure purement comptable.

L'amendement n°136 rectifié ter n'est pas adopté.

L'amendement n°1843 est adopté et devient un article additionnel.

Mme la présidente. – [Amendement n° 1379](#) du Gouvernement.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Il s'agit de sécuriser la réforme du complément de libre choix du mode de garde (CMG) en excluant certaines indemnités du calcul du plafond afin de limiter le reste à charge.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1842](#) de M Henno, au nom de la commission des affaires sociales.

M. Olivier Henno, rapporteur. – Nous conditionnons le financement du CMG au paiement *via* Pajemploi. Les assistantes maternelles sont de plus en plus victimes de défauts de paiement, il faut les sécuriser.

Les amendements identiques n°s 1379 et 1842 sont adoptés et deviennent un article additionnel.

Mme la présidente. – [Amendement n°1380](#) du Gouvernement.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – L'amendement confirme l'utilisation de Pajemploi + pour éviter les difficultés dans le paiement des assistantes maternelles.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1841](#) de M Henno, au nom de la commission des affaires sociales.

M. Olivier Henno, rapporteur. – Il s'agit d'éviter les défauts de paiement.

Les amendements identiques n°s 1380 et 1841 sont adoptés et deviennent un article additionnel.

Mme la présidente. – [Amendement n°1712 rectifié](#) de Mme Canalès et du groupe SER.

Mme Marion Canalès. – Nous avons prévu la suppression du CMG pour les parents défaillants dans la LFSS 2025, mais les assistantes maternelles subissent encore de nombreux impayés. La prestation d'accueil du jeune enfant (Paje) est insaisissable, le CMG peut être suspendu mais ne peut être affecté au règlement des impayés : les assistantes maternelles se trouvent donc sans ressources. Cet amendement met fin à cette incohérence, afin que la prestation finance la garde, ou soit directement affectée au paiement d'une assistante maternelle sur décision judiciaire, si elle a servi à autre chose.

M. Olivier Henno, rapporteur. – Ce dispositif, qui avait suscité l'intérêt de la commission, présenterait des difficultés techniques. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Il n'est pas possible de saisir le CMG en cas de non-paiement par le parent, car si les caisses de sécurité sociale n'ont pas Pajemploi +, elles ne peuvent savoir si le salaire de l'assistante maternelle a été versé ou non. Votre amendement est satisfait par l'amendement précédent et par Pajemploi +, qui fonctionne bien.

Mme Marion Canalès. – Pajemploi + repose sur le volontariat. Des assistantes maternelles confrontées des impayés doivent payer des frais d'avocat pour aller aux prud'hommes réclamer leur dû, alors que les parents ont perçu une prestation dédiée !

Mme Stéphanie Rist, ministre. – L'amendement précédent rend Pajemploi + obligatoire. Cela répond à votre problème.

M. Olivier Henno, rapporteur. – Avis défavorable.

L'amendement n°1712 rectifié n'est pas adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°1752](#) de Mme Canalès et du groupe SER.

Mme Marion Canalès. – Expérimentons la mise en place du prix plancher du berceau en crèche, pour

assurer une qualité minimale de service, face aux dérives constatées depuis quelques années. Nous luttons contre le dumping social dans la petite enfance. Les financements publics ne doivent bénéficier qu'à des établissements assurant un service de qualité.

Mme la présidente. – [Amendement n°960](#) de Mme Poncet Monge et *alii*.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Je dénonce la maltraitance dans les crèches. Selon l'Igas, certains groupes proposent un prix du berceau deux fois inférieur à celui de leurs concurrents. Sachant que les frais de personnel représentent une part majoritaire du coût de revient, un taux anormalement bas peut conduire à des stratégies de ressources humaines préjudiciables. Cette stratégie *low cost* facilite l'obtention de contrats avec les collectivités locales : c'est une course au moins-disant, qui se répercute sur le bien-être et la sécurité des enfants, sur les salariés, sur l'alimentation et donc, comme le démontre Victor Castaner, sur la courbe de croissance des enfants. Lisez *Les Ogres* !

M. Olivier Henno, rapporteur. – L'enfer est pavé de bonnes intentions. L'augmentation des prix qui découlerait de votre amendement ne contribuera pas à l'amélioration des conditions de travail des personnels ni au bien-être des enfants mais risque de renforcer les marges de certains grands groupes que vous avez vous-même dénoncés – au détriment de la qualité. Avis défavorable aux deux amendements.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – En matière de qualité de l'accueil des jeunes enfants, mes prédécesseurs ont mis en œuvre de nouvelles exigences de transparence financière. Nous avons homogénéisé les exigences de qualité d'accueil des micro-crèches.

Mme Marion Canalès. – Qui trop embrasse mal étreint. Cela étant, il s'agit d'une expérimentation. Les intermédiations, les réservations de place sont mises en place par ces mêmes grands groupes, qui bénéficient de crédits publics... Il faut plus de lisibilité.

L'amendement n°1752 n'est pas adopté, non plus que l'amendement n°960.

Mme la présidente. – [Amendement n°910](#) de Mme Poncet Monge et *alii*.

Mme Raymonde Poncet Monge. – La Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL) est en déficit structurel. Plusieurs solutions ont été explorées.

La majoration de pension pour parents de trois enfants ou plus fait partie des mesures de solidarité non contributives et relève de la Cnaf. Celle-ci opère des transferts vers le régime général, mais pas vers la CNRACL. Étudions les possibilités de transfert de la Cnaf vers la CNRACL au titre de ces dispositifs.

M. Olivier Henno, rapporteur. – S'agissant d'une demande de rapport, avis défavorable, mais le sujet est intéressant.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Avis défavorable. Une mission des inspections est en cours sur le déficit de la CNRACL. Votre amendement n'améliorerait pas le déficit global de l'assurance maladie.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Les transferts interbranches sont neutres sur l'équilibre global. Certains transferts ont du sens, comme le transfert de la branche AT-MP à l'assurance maladie pour sous-déclaration des AT-MP. Il n'y a aucune raison de ne pas faire ce transfert, selon la Cour des comptes. La CNRACL a payé 100 milliards d'euros au titre de la solidarité intermédiaire, et on voudrait qu'elle supporte sa politique familiale ? Donnez du sens aux transferts, ils seront mieux acceptés !

L'amendement n°910 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°958](#) de Mme Poncet Monge et *alii*.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Ce congé supplémentaire de naissance est une avancée notable, d'application tardive, hélas. Mais le cas des familles monoparentales n'est pas pris en compte. Pas moins de 82 % des parents qui élèvent seuls leur enfant sont des femmes. Un soutien supplémentaire serait bienvenu. Permettons à ces parents de bénéficier d'un congé de naissance de quatre mois, au lieu des deux mois pour chaque parent.

M. Olivier Henno, rapporteur. – La situation sociale des familles monoparentales a été abordée en commission. Avis défavorable à cette demande de rapport.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Même avis.

L'amendement n°958 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°1345](#) de Mme Poncet Monge et *alii*.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Ici, je propose un rapport d'évaluation de la démarche de contractualisation en prévention et protection de l'enfance, expérimentée dans plusieurs départements.

M. Olivier Henno, rapporteur. – Je comprends que vous demandiez des rapports, car vous n'avez pas souvent l'occasion de vous exprimer en séance... (*Sourires*)

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Dans le PLF, l'enveloppe de contractualisation a augmenté et atteint 130 millions d'euros. Retrait, au profit d'un débat lors du PLF ; à défaut avis défavorable.

L'amendement n°1345 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°1346](#) de Mme Poncet Monge et *alii*.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Excusez-moi de travailler mes dossiers, monsieur le rapporteur... (*Murmures sur les travées du groupe Les Républicains*) Le sujet des familles monoparentales est un angle mort ! La PMI traverse

une crise sans précédent, que décrit Michèle Peyron dans son [rapport](#) de 2019. Six ans plus tard, toujours aucun sursaut : dégradation continue du dispositif, épuisement des équipes, chute des effectifs. Pourtant, les Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant de 2024 avaient donné lieu à une [feuille de route](#) ambitieuse. Nous souhaitons un rapport afin d'alerter et de réagir.

M. Olivier Henno, rapporteur. – La quantité de travail n'est pas proportionnelle à la quantité de paroles prononcées dans l'hémicycle... Avis défavorable.

Mme Stéphanie Rist, ministre. – Avis défavorable. Nous avons reçu le collectif cité dans l'objet de l'amendement.

L'amendement n°1346 n'est pas adopté.

Article 39 (Précédemment réservé)

Mme la présidente. – [Amendement n°1750](#) de Mme Canalès et du groupe SER.

Mme Marion Canalès. – Nous supprimons cet article, qui confie l'examen des dossiers dits simples aux seuls médecins-conseils, dont l'indépendance est fragilisée depuis le décret du 30 juin dernier. Pour désengorger les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (C2RMP), il faut moderniser les outils existants. Nous nous étions déjà opposés à une telle mesure l'année dernière.

Mme Marie-Pierre Richer, rapporteure de la commission des affaires sociales pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles. – L'article 39 apporte une réforme bienvenue de la détermination des modalités de diagnostic des maladies professionnelles inscrites sur le tableau, puisque celles-ci aboutissent parfois à réaliser des examens peu accessibles, obsolètes voire dangereux. Il contient des dispositions indispensables pour que les C2RMP puissent continuer à travailler dans de bonnes conditions. Défavorable à l'amendement.

M. Jean-Pierre Farandou, ministre du travail et des solidarités. – Vous supprimeriez une disposition qui améliorera la reconnaissance des maladies professionnelles. C'est l'objectif prioritaire du Gouvernement, que je sais partagé ici. Nous corrigeons l'obsolescence des tableaux de maladies professionnelles. C'est une réelle avancée, conforme aux recommandations de l'Anses et de la Cour des comptes ; elle est soutenue par les associations de victimes. Le décret entrera en vigueur avant le 30 septembre 2026.

Les modalités d'instruction du dossier de maladies professionnelles ont suscité des craintes chez certaines associations. Mais nous serons favorables à l'amendement de Mme Richer qui en précise le périmètre.

L'amendement n°1750 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°987 rectifié](#) de Mme Poncet Monge et *alii*.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Pour lutter contre la sous-déclaration d'AT-MP qui prive les victimes de leurs droits, il faut mettre en œuvre les recommandations du [rapport](#) de 2024, à savoir objectiver les pathologies à travers des examens diagnostics des tableaux de maladies professionnelles.

Mme la présidente. – [Amendement n°706](#) de Mme Richer, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Marie-Pierre Richer, rapporteure. – Cet amendement soumet à l'avis des partenaires sociaux le décret en Conseil d'État chargé de déterminer les modalités générales d'établissement du diagnostic des maladies. Je suis attachée au caractère paritaire de la branche.

Mme la présidente. – [Amendement n°707](#) de Mme Richer, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Marie-Pierre Richer, rapporteure. – Celui-ci encadre le décret en Conseil d'État afin que le tableau des maladies professionnelles tienne compte des données scientifiques acquises de la science.

Mme la présidente. – [Amendement n°950](#) de Mme Poncet Monge et *alii*.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Cet amendement acte que les hommes et les femmes ne sont pas exposés aux mêmes maladies et n'ont pas le même parcours de soins. Les carrières hachées des femmes ne sont pas prises en compte. Par ailleurs, des risques similaires peuvent provoquer des pathologies spécifiques.

Mme Marie-Pierre Richer, rapporteure. – Retrait de l'amendement n°987, satisfait par la rédaction de l'article 39. Auteure du [rapport](#) « Santé des femmes, des maux invisibles », je connais l'importance de l'approche genrée pour appréhender les maladies professionnelles. Le décret en Conseil d'État se bornera à renvoyer aux recommandations des autorités sanitaires et des sociétés savantes : avis défavorable à l'amendement n°950.

M. Jean-Pierre Farandou, ministre. – L'article 39 simplifie la reconnaissance de l'origine professionnelle des pathologies. Le futur décret précisera que les maladies professionnelles sont évaluées en fonction des avancées de la science. Je vous invite à voter l'article 39. L'amendement n°987 est satisfait : retrait, sinon avis défavorable.

Le Gouvernement tient à la gouvernance paritaire de la branche AT-MP. Le Conseil d'orientation des conditions de travail (COCT), instance paritaire, sera bien consulté sur le projet de décret. Sagesse sur l'amendement n°706.

Avis favorable sur l'amendement n°707, cohérent avec notre volonté de prendre en compte des données scientifiques actualisées.

Retrait de l'amendement n°950, satisfait. Le code du travail prévoit des approches genrées de gestion des risques au sein des entreprises. Le [plan santé au travail n°4](#) érige les TMS et les risques psychosociaux (RPS) en risques prioritaires.

La publication d'un tableau sur le cancer de l'ovaire en lien avec l'exposition à l'amiante est prévue. L'Anses réalisera un focus sur les expositions professionnelles des femmes. Nous pourrions donc adapter les modalités de reconnaissance des maladies professionnelles en fonction du genre. L'ajout est inutile.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Vous m'avez convaincue de retirer mon amendement n°987 rectifié, mais je maintiens l'amendement n°950. C'est la CFDT qui m'a interpellée sur ce sujet. Peut-être sera-t-elle convaincue ?

L'amendement n°987 rectifié est retiré.

*L'amendement n°706 est adopté,
de même que l'amendement n°707.*

L'amendement n°950 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°708](#) de Mme Richer, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Marie-Pierre Richer, rapporteure. – Les C2RMP ne sont plus en mesure de faire face à l'afflux de dossiers. Le législateur doit agir pour éviter une dégradation de la qualité des décisions. Notre approche est pragmatique : nous conservons la compétence des C2RMP sur ces dossiers, sauf ceux relatifs à une méconnaissance du délai de prise en charge.

Mme la présidente. – [Amendement n°1063](#) de Mme Poncet Monge et *alii*.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Avec cet article, la victime est orientée vers des médecins-conseils et non plus vers le C2RMP, qu'il faut désengorger. Mais il y a un risque de dégradation du droit de réparation des assurés. Les médecins-conseils n'ont pas les mêmes compétences que le médecin du travail, la connaissance fine des conditions d'exposition en milieu professionnel, ce qui risque d'entraîner une augmentation des décisions de rejet.

Mme la présidente. – [Amendement n°1221](#) de Mme Brulin et du groupe CRCE-K

Mme Céline Brulin. – Retirer le rôle des C2RMP risque de freiner la reconnaissance des maladies professionnelles. Selon l'Anses, ce sont les incohérences dans les tableaux actuels qui expliquent l'engorgement, les délais de traitement et la sous-reconnaissance au sein des C2RMP.

Nous risquons de perdre la connaissance des conditions d'exposition au risque des victimes. Nous ne nous opposons pas à la mise à jour des tableaux mais à la disparition des C2RMP.

Mme Marie-Pierre Richer, rapporteure. – Les amendements n°1063 et n°1221 vident le dispositif de sa substance. Si l'on ne fait rien, soit les C2RMP devront sacrifier la qualité de l'instruction, soit les délais s'allongeront. Avis défavorable aux deux amendements.

M. Jean-Pierre Farandou, ministre. – Face à l'engorgement des C2RMP, le Gouvernement prévoyait que les demandes de reconnaissance de maladies professionnelles seraient à l'avenir examinées par deux médecins-conseils de l'assurance maladie.

Cela a suscité des craintes, voire des oppositions, des associations de victimes et des parlementaires, qui regrettent l'absence du médecin du travail dans le processus.

Votre amendement n°708 restreint le champ de l'examen par les seuls médecins-conseils à certains dossiers. C'est un bon compromis : avis favorable.

Avis défavorable aux amendements n°1063 et 1221, qui reviennent sur les avancées de cet article.

Mme Michelle Gréaume. – Ce texte renvoie l'essentiel – dont les modalités d'établissement du diagnostic – au décret.

Les médecins-conseils travaillent pour la CPAM. Gare au conflit d'intérêts ! Protégeront-ils d'abord les finances de la sécurité sociale ou les victimes ? Ne risque-t-on pas de durcir les conditions d'indemnisation au détriment des travailleurs ?

Monsieur le ministre, reconnaissez que cet article n'est pas abouti. Je viens du Nord, département qui compte de nombreuses victimes de l'amiante. Pouvez-vous nous assurer que ce risque n'existe pas ?

Mme Raymonde Poncet Monge. – La collégialité demeure, avec deux médecins-conseils, mais le caractère pluridisciplinaire de la procédure a disparu. Le médecin du travail est évincé. Jadis, on voyait un médecin du travail lors de la visite d'embauche, puis lors de feu la visite annuelle, puis après un arrêt ou un congé maternité. Mais on manque de médecins du travail, ils disparaissent du code du travail, alors qu'ils sont les seuls à pouvoir demander qu'on adapte le poste à la personne, et non l'inverse... La médecine du travail, cette belle spécificité française, ne cesse de s'affaiblir.

M. Jean-Pierre Farandou, ministre. – Un médecin reste un médecin, soumis à une déontologie. Tous travaillent en conscience.

Les associations de victimes demandent de la simplification et estiment que nos travaux vont dans le bon sens. C'est le Conseil d'État qui a demandé de renvoyer au décret les modalités de diagnostic.

Nous vous présentons un travail sérieux, après avoir écouté les associations, les professionnels, les parlementaires. Il y a une pénurie de médecins du travail, c'est vrai, mais les infirmiers spécialisés sont habilités pour réaliser certaines missions. Il n'y a pas de trous dans la raquette.

L'amendement n°708 est adopté.

Les amendements nos 1063 et 1121 n'ont plus d'objet.

L'article 39, modifié, est adopté.

Après l'article 39 (Précédemment réservé)

Mme la présidente. – [Amendement n°540 rectifié bis](#) de Mme Pantel et *alii*.

M. André Guiol. – Cet amendement, adopté à plusieurs reprises par le Sénat, vise à inclure les agents chimiques dangereux, à l'origine de nombreuses pathologies graves, dans les facteurs de pénibilité pris en compte par le fonds d'investissement dans la prévention de l'usure professionnelle (Fipu), au même titre que les facteurs ergonomiques. Il est essentiel de renforcer la prévention dans ce domaine.

Mme Marie-Pierre Richer, rapporteure. – La réforme des retraites de 2022 a créé le Fipu afin de financer les actions de sensibilisation, de prévention ou de formation à l'intention des salariés exposés à des risques ergonomiques. Le Sénat avait adopté un amendement incluant les agents chimiques dangereux, mais il n'avait pas survécu.

Élargir les missions du Fipu en ce sens permettra d'accompagner les employeurs. La prévention doit être une priorité absolue. Avis favorable.

M. Jean-Pierre Farandou, ministre. – Je partage cette préoccupation de mieux prévenir le risque chimique. La meilleure réponse est la suppression de toute exposition aux agents dangereux ; à défaut, l'employeur a la responsabilité de réduire au maximum le niveau d'exposition des travailleurs. La protection n'est pas négociable, c'est une obligation juridique.

Le plan Santé au travail 4 renforce les actions de prévention contre les risques chimiques ; le plan 5, en préparation, ira plus loin. La convention d'objectifs et de gestion (COG) de la branche porte des efforts financiers en ce sens.

Le Fipu est-il le meilleur outil ? Il est complexe de définir un système d'évaluation harmonisé du risque sur la base de critères nationaux de pénibilité. Enfin, à enveloppe constante, consacrer des financements aux risques chimiques réduirait les moyens dédiés aux risques ergonomiques et laisserait penser que ce n'est pas à l'employeur de financer les mesures de protection et de prévention. Avis défavorable.

L'amendement n°540 rectifié bis est adopté et devient un article additionnel.

Mme la présidente. – [Amendement n°988](#) de Mme Poncet Monge et *alii*.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Cet amendement transpose une recommandation du rapport de 2024 : réduire le délai entre la publication du rapport de l'Anses et celle du décret modifiant ou créant un tableau. La commission relative au suivi des AT-MP ne se réunit que tous les trois ans pour suivre ses recommandations – jamais mises en œuvre. Elle souhaite être réunie tous les ans.

Mme Marie-Pierre Richer, rapporteure. – Votre rédaction laisse supposer que l'État pourrait modifier les tableaux unilatéralement, par décret, en laissant à peine trois mois aux partenaires sociaux pour acter les recommandations de l'Anses. Le dialogue social manque peut-être un peu de réactivité, mais on ne peut sortir complètement les partenaires sociaux de l'équation ! Retrait sinon avis défavorable.

M. Jean-Pierre Farandou, ministre. – Je suis heureux de vous entendre parler des partenaires sociaux, tant les AT-MP sont au cœur du dialogue social. Le code du travail prévoit la consultation du COCT pour la création et la révision des tableaux des maladies professionnelles. La commission spécialisée n°4, paritaire, s'appuie sur les expertises de l'Anses. La procédure de création et de révision de tableaux dépend donc largement du dialogue social. Avis défavorable.

L'amendement n°988 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°906](#) de Mme Poncet Monge et *alii*.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Pour ne pas augmenter le coût du travail, il a été décidé, lors de la réforme de 2023, que les hausses des taux de cotisation employeur de retraite de base mises en place pour les salariés du régime général seraient compensées par une baisse à due proportion du taux de cotisation AT-MP, soit 0,12 point. Quel rapport ? Résultat, la branche AT-MP est devenue déficitaire, alors qu'il y a toujours plus de morts au travail en France !

Par ailleurs, l'amélioration de l'indemnisation augmente mécaniquement les dépenses et met en péril l'équilibre financier.

Abrogeons l'arrêté visant à baisser les cotisations AT-MP pour compenser l'effet de la hausse de la cotisation retraite.

Mme Marie-Pierre Richer, rapporteure. – La LFRSS pour 2023 a acté un swap de taux de la branche AT-MP vers la branche vieillesse, pour financer la réforme des retraites – ce qui explique la dégradation subite de la branche. Je partage vos inquiétudes, car cela limite ses marges de manœuvre en matière de prévention. Cela dit, avis défavorable, s'agissant d'une demande de rapport.

M. Jean-Pierre Farandou, ministre. – L'arrêté est pris pour le calcul des cotisations AT-MP.

L'équilibre de la branche AT-MP est inscrit dans les textes, mais son interprétation est suffisamment

souple pour que cela n'implique pas un équilibrage de chaque solde annuel. Le taux net moyen national de cotisations AT-MP est fixé par arrêté, mais les éléments de calcul des cotisations sont fixés conformément aux conditions générales de l'équilibre financier de la branche.

Un délai de six mois ne correspond pas au calendrier de publication des calculs. Avis défavorable.

L'amendement n°906 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°1360 rectifié](#) de Mme Nadille et du RDPI.

Mme Solanges Nadille. – Nous reportons au 1^{er} janvier 2027 au plus tard l'entrée en vigueur de la réforme de la réparation de l'incapacité permanente. Vu le retard pris, la date du 1^{er} juin 2026 n'est pas tenable et ne permettrait pas de garantir une indemnisation sécurisée.

Mme la présidente. – [Sous-amendement n°1836](#) de Mme Richer, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Marie-Pierre Richer, rapporteure. – Nous prenons acte de cette impossibilité de tenir les délais. Mais il faut accélérer le processus au maximum, car la réforme revalorisera les prestations. La date du 1^{er} novembre 2026 est la plus précoce raisonnablement envisageable. Avis favorable à l'amendement n°1360 rectifié, sous réserve de l'adoption de ce sous-amendement.

M. Jean-Pierre Farandou, ministre. – Cette réforme, qui a fait l'objet d'un consensus entre les partenaires sociaux, vise à améliorer l'indemnisation et à mieux prendre en compte le préjudice personnel des victimes. Avis favorable à l'amendement n°1360 rectifié. Le sous-amendement avance encore la date : sagesse.

Le sous-amendement n°1836 est adopté.

L'amendement n°1360 rectifié bis, sous-amendé, est adopté et devient un article additionnel.

Mme la présidente. – [Amendement n°927 rectifié bis](#) de Mme Gruny et *alii*.

Mme Pascale Gruny. – Amendement d'appel. La prévention est essentielle dans les entreprises. On ne peut parler des retraites sans l'évoquer. C'est un sujet de santé des salariés, mais aussi de compétitivité. Il faut revoir – et simplifier – les aides en faveur des entreprises, notamment des PME, *via* un guichet unique. On verra ainsi si les aides irriguent bien tous les territoires : dans les Hauts-de-France, il n'y avait plus de fonds en juillet ! Il faut également que la médecine du travail accompagne les entreprises, notamment les plus petites, en faisant vivre le document unique d'évaluation des risques professionnels.

Mme Marie-Pierre Richer, rapporteure. – La prévention doit être la clef de voûte de la branche AT-MP. Le [rapport](#) que nous avons rendu avec Annie

Le Houerou appelle à porter à 7 % les dépenses de la branche en ce sens, soit un doublement de l'effort.

Malgré le Fipu, les résultats ne sont pas au rendez-vous. Il faut recruter des préventeurs et accompagner les entreprises. Avis défavorable – c'est une demande de rapport – mais bienveillant. Sans cet amendement, nous n'aurions pas parlé prévention. (*Mme Cathy Apourceau-Poly renchérit.*)

M. Jean-Pierre Farandou, ministre. – La prévention des risques professionnels est une obligation juridique, une obligation morale, une condition de la performance des entreprises, une nécessité pour le bien-être des salariés. Nul doute que le sujet reviendra sur la table lors de la conférence travail et retraites.

C'est une responsabilité du dirigeant d'entreprise – je parle d'expérience. Je veillerai à ce qu'elle soit rappelée.

Avis défavorable à un rapport de plus, mais je redis le caractère crucial de la prévention, dans toutes les entreprises et tous les secteurs.

Mme Pascale Gruny. – Je compte sur vous. Je retire cet amendement d'appel. Pour avoir été vice-présidente en charge du suivi de l'application des lois, je me souviens d'une année où pas un des rapports demandés n'avait été remis, y compris celui qui avait été demandé par le gouvernement !

L'amendement n°927 rectifié bis est retiré.

Mme la présidente. – [Amendement n°947](#) de Mme Poncet Monge et *alii*.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Inscrivons les pathologies psychiques liées à l'épuisement professionnel au tableau des maladies professionnelles, afin de mieux les indemniser. C'est un parcours du combattant d'obtenir la reconnaissance comme maladie professionnelle, car elles sont « hors tableau ». Or ces pathologies ne cessent d'augmenter. Il faut donc passer par les C2RP.

Alors que la santé mentale a été érigée en grande cause nationale pour 2025, cette reconnaissance législative serait un signal fort.

Mme Marie-Pierre Richer, rapporteure. – Avis défavorable à cette demande de rapport. Le lien entre les pathologies psychiques et l'activité professionnelle n'est pas aussi objectivable que pour certaines pathologies physiques.

Au demeurant, les syndromes d'épuisement professionnel peuvent déjà bénéficier d'une reconnaissance dite hors tableau.

M. Jean-Pierre Farandou, ministre. – Le Gouvernement est convaincu de l'importance de cet enjeu. J'avais pour ma part mis en place une mission « santé mentale au travail » pour tout le groupe SNCF, car on observe une forte progression de ce type de pathologies chez les salariés, y compris cadres.

Je ne suis pas fanatique des rapports...

Le Gouvernement s'est engagé en faveur d'une charte pour la santé mentale des salariés ; plus de deux cents entreprises l'ont signée. Cette nouvelle thématique doit trouver toute sa place dans les politiques de prévention des entreprises.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Je remercie M. le ministre de reconnaître la réalité du problème. Bien sûr, les pathologies psychiques ne sont pas unifactorielles, mais le stress au travail, le suicide au travail existent – France Telecom l'a reconnu et a modifié en conséquence son organisation du travail. Reconnaître la complexité du problème ne signifie pas qu'il faille le relativiser ou renoncer à l'objectiver. C'est la reconnaissance qui permet de prendre le sujet à bras-le-corps !

L'amendement n°947 n'est pas adopté.

Mme la présidente. – [Amendement n°981](#) de Mme Poncet Monge et *alii*.

Mme Raymonde Poncet Monge. – Cet amendement transpose une recommandation de la commission relative au suivi de la sous-déclaration visant à lancer des travaux sur les procédures déclaratives d'un AT-MP en lien avec la rédaction des certificats médicaux.

Mme Marie-Pierre Richer, rapporteure. – C'est une demande de rapport : avis défavorable.

Je suis favorable sur le fond à la fluidification des procédures déclaratives, chronophages et éreintantes, ce qui contribue à la sous-déclaration.

Monsieur le ministre, pourrez-vous nous faire le point sur la dématérialisation des déclarations ?

M. Jean-Pierre Farandou, ministre. – Je vous ferai parvenir des éléments de réponse.

Je suis favorable à la digitalisation et à la simplification des procédures. La branche AT-MP s'est engagée dans la COG à simplifier le processus déclaratif et à accompagner les plus fragiles. La commission de la sous-déclaration suit cette question, des travaux sont en cours. Avis défavorable.

L'amendement n°981 est retiré.

Article 40 (Précédemment réservé)

Mme la présidente. – [Amendement n°1837 rectifié](#) de Mme Richer, au nom de la commission des affaires sociales.

Mme Marie-Pierre Richer, rapporteure. – Il s'agit d'harmoniser le cadre applicable au capital décès entre le régime général et celui des non-salariés agricoles. Les ayants droit pourront bénéficier d'un versement d'un capital en cas de décès.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1858](#) du Gouvernement.

M. Jean-Pierre Farandou, ministre. – Cet amendement, identique au précédent, assure sa recevabilité financière.

Mme Marie-Pierre Richer, rapporteure. – Merci, monsieur le ministre.

Les amendements identiques n°s 1837 rectifié et 1858 sont adoptés.

L'article 40, modifié, est adopté.

Article 43

Mme la présidente. – [Amendement n°386 rectifié ter](#) de M. Menonville et *alii*.

M. Daniel Fargeot. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°415 rectifié bis](#) de M. Laouedj et *alii*.

M. André Guiol. – Sous prétexte de simplification, l'article 43 impose en réalité un dispositif complexe et pénalisant, surtout pour les professions libérales. En outre, il supprime un critère essentiel : la durée d'assurance. Or c'est grâce à elle que beaucoup peuvent bénéficier du cumul emploi-retraite sans limite, dès l'obtention du taux plein, parfois avant 67 ans. Supprimer ce critère revient à pénaliser les femmes ayant bénéficié de trimestres pour maternité, les personnes ayant effectué leur service national ou celles qui ont racheté des trimestres.

Nous supprimons l'article 43 et souhaitons conserver le dispositif actuel.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°432 rectifié ter](#) de M. Levi et *alii*.

M. Pierre-Antoine Levi. – L'article 43 prétend simplifier le cumul emploi-retraite ; en réalité, il le détruit pour une catégorie entière de professionnels libéraux. La retraite progressive, valorisée par le texte, leur est inaccessible. Vous supprimez un dispositif qui fonctionne pour leur en proposer un auquel ils n'ont pas accès, c'est absurde.

En outre, vous supprimez la prise en compte de la durée d'assurance. Demain, une femme ayant eu des enfants et obtenu le taux plein avant 67 ans sera pénalisée.

Mme Pascale Gruny, rapporteur de la commission des affaires sociales pour la branche vieillesse. – J'ai entendu les auteurs du [rapport](#) de la Cour des comptes dénonçant les dérives du système actuel de cumul. Monsieur Levi, les personnes souhaitant continuer à travailler doivent rester dans leur entreprise et ne doivent pas se lancer dans un cumul emploi-retraite. Pourquoi les salariés ayant effectué une carrière longue partiraient à la retraite plus tôt pour travailler de nouveau ensuite ? C'est un effet d'aubaine.

Le cumul intégral, créateur de nouveaux droits à pension, est accessible dès l'âge légal d'ouverture des droits à la retraite. La moitié des cumulants – les plus

aïs – bénéficient d'un cumul intégral à compter de 62 ans. Un quart sont des cadres, un autre quart représente des assurés partis en retraite anticipée à la suite d'une carrière longue. Il s'agit plutôt d'hommes, d'après la Cour des comptes.

Ces personnes souhaitent manifestement rester en emploi. La réforme vise donc à reporter le cumul intégral à l'âge de 67 ans, afin de les inciter à rechercher la surcote et à continuer de financer notre système par répartition. Il n'est pas normal que des personnes bénéficiant d'une retraite anticipée reprennent ensuite une activité très lucrative. Il existe d'autres mécanismes, la retraite progressive, notamment.

Avis défavorable aux trois amendements.

M. Jean-Pierre Farandou, ministre. – Cette réforme est bonne, claire et lisible. À 64 ans, on n'a droit à rien ; à 67 ans, on a droit à tout. Entre les deux, il y a un équilibre.

La réforme permet aux retraités dont les pensions sont modestes de compléter leurs revenus.

Lorsque l'on évoque les professions libérales, nous pensons tous aux médecins. Nous avons besoin que ces derniers travaillent un peu plus longtemps. Quelque 10 % des médecins utilisent cette formule, qui est donc utile. Généralement, les médecins partent à la retraite à 67 ans – à partir de cet âge, ils font ce qu'ils veulent.

Les professions libérales au sens large ont accès à la retraite progressive depuis la réforme de 2023.

La réforme s'articule avec les deux âges symboliques de la réforme des retraites – 64 et 67 ans. Ne supprimons pas cet article. Avis défavorable.

Les amendements identiques n^{os} 386 rectifié ter, 415 rectifié bis et 432 rectifié ter ne sont pas adoptés.

Mme la présidente. – [Amendement n°1612](#) du Gouvernement.

M. Jean-Pierre Farandou, ministre. – Cet amendement concerne les non-salariés agricoles.

Il assouplit l'obligation de cessation d'activité agricole en instaurant un délai de tolérance après la liquidation de la pension de retraite. Il prévoit une dérogation au bénéfice des bailleurs à métayage, ainsi qu'une dérogation afin de sécuriser le versement de la pension des non-salariés agricoles retraités qui s'inscrivent temporairement dans un processus d'arrachage définitif de leur culture, notamment dans la viticulture.

Il simplifie la gestion des pensions, limitant les indus pour les assurés.

Enfin, il procède à des corrections relatives aux titulaires de pensions militaires ou d'une solde de réforme pour invalidité et aux travailleurs indépendants.

Mme la présidente. – [Amendement n°391 rectifié](#) de M. Menonville et *alii*.

L'amendement identique n°391 rectifié n'est pas défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1626 rectifié bis](#) de M. Lefèvre et *alii*.

Mme Annick Petrus. – Défendu.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1732 rectifié](#) de Mme Lubin et du groupe SER.

Mme Monique Lubin. – Limitons le cumul d'une retraite liquidée par un régime d'assurance vieillesse de base avec la poursuite ou la reprise d'une activité visée dans les arrêtés départementaux mentionnés dans le code rural et de la pêche maritime.

Cet amendement, travaillé avec la MSA, rétablit l'équité entre les exploitants agricoles retraités et les non-salariés agricoles.

Mme la présidente. – [Amendement n°939](#) de M. Gillé et *alii*.

Mme Annie Le Houerou. – Les dispositifs d'arrachage visent à apporter des réponses structurelles aux difficultés de certaines filières agricoles, telles que la viticulture.

Certains exploitants agricoles voulant faire valoir leurs droits à la retraite et engagés dans un processus d'arrachage définitif risquent la suspension du service de leur pension si les opérations tardent. *Idem* pour les personnes déjà retraitées qui continuent à exploiter une parcelle dite de subsistance.

Cet amendement sécurise le versement de la pension de retraite des personnes concernées.

Mme la présidente. – [Amendement n°996 rectifié](#) de M. Duplomb et *alii*.

M. Laurent Duplomb. – Monsieur le ministre, un viticulteur qui aura pris la décision d'un arrachage définitif, mais qui n'aura pas encore eu le temps de l'effectuer – car cela prend parfois plus de temps que prévu –, pourra-t-il continuer à procéder à cet arrachage tout en bénéficiant de sa retraite ? Pouvez-vous nous le confirmer ? Je préfère largement « un tiens » à « deux tu l'auras » ! (*Mme Cathy Apourceau-Poly renchérit.*)

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – Avis favorable à l'amendement n°1612 du Gouvernement qui ouvre le cumul emploi-retraite aux agriculteurs pratiquant l'arrachage, notamment des vignes malades, ainsi qu'aux bailleurs à métayage. Jusqu'alors, ces deux activités professionnelles ne pouvaient être cumulées avec une pension de retraite. Monsieur Duplomb, l'amendement répond bien à votre inquiétude.

Retrait, sinon avis défavorable aux amendements n°939 et 996 rectifié, satisfaits par l'amendement du Gouvernement.

Les amendements identiques n°s 1626 rectifié *bis* et 1732 rectifié luttent contre une niche sociale ; c'est une mesure de justice. Avis favorable.

M. Jean-Pierre Farandou, ministre. – Les amendements n°s 939 et 996 rectifié sont en ligne avec celui du Gouvernement. Retrait au profit de l'amendement n°1612. Avis favorable aux amendements n°s 1626 rectifié *bis* et 1732 rectifié.

L'amendement n°1612 est adopté.

*Les amendements n°s 1626 rectifié *bis*, 1732 rectifié, 939 et 996 rectifié n'ont plus d'objet.*

Mme la présidente. – [Amendement n°798 rectifié *bis*](#) de Mme Carrère et *alii*.

Mme Maryse Carrère. – Le cumul emploi-retraite s'appliquerait à l'ensemble des régimes de base, mais aussi aux régimes de retraite complémentaires. Cette extension ne semble pas conforme au cadre juridique, car la Lolfss exclut ces derniers, d'où un risque juridique majeur. Une telle confusion fragiliserait l'équilibre des régimes concernés et exposerait la réforme à un risque sérieux de censure. Cet amendement vise donc à exclure les régimes complémentaires du champ de l'article.

Mme la présidente. – [Amendement identique n°1218](#) de Mme Apourceau-Poly et du groupe CRCE-K.

Mme Cathy Apourceau-Poly. – Cet article risque une censure constitutionnelle.

En outre, il créera des difficultés de gestion pour les organismes qui assureront l'écèlement.

Quelles seront les conséquences sur les bénéficiaires d'une pension d'invalidité ? Pouvez-vous nous rassurer sur ces points ?

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'article réforme le cumul emploi-retraite dans son ensemble afin de le rendre moins attractif pour les cadres et les carrières longues désireux de travailler.

Les pensions de retraite seront écartées jusqu'à 67 ans afin de substituer tout ou partie de la pension versée au revenu. Les régimes pourront recouvrer des pensions versées dès lors que les revenus perçus seront avantageux. L'article permet aux régimes complémentaires de bénéficier également de l'écèlement ; le fait de les inclure dans le dispositif ne les inclut pas dans les régimes obligatoires de base. Nul conflit avec la loi organique, donc. Si nous limitons l'écèlement aux seules pensions de base, nous perdons l'objectif visant à dissuader certaines catégories d'assurés de recourir au cumul emploi-retraite. Avis défavorable à ces amendements.

En revanche, nous n'avons pas expertisé la partie invalidité. Le Gouvernement peut-il nous éclairer ?

M. Jean-Pierre Farandou, ministre. – Les règles d'écèlement sont communes aux régimes de base et complémentaires. Sans cela, la portée de la réforme

serait réduite. Je vous rassure, cet article est bien conforme à la loi organique. Il a sa place dans un PLFSS. Retrait, sinon avis défavorable.

*Les amendements identiques n°s 798 rectifié *bis* et 1218 ne sont pas adoptés.*

Mme la présidente. – [Amendement n°1528 rectifié *quater*](#) de M. Kerrouche et *alii*.

Mme Monique Lubin. – Nous souhaitons que les dispositions de l'article n'entraînent pas une régression des droits des élus locaux retraités. Le droit actuel autorise en effet le cumul entre une indemnité de fonction d'un mandat électoral et une pension.

L'article ne mentionne pas expressément la disposition spécifique aux élus locaux ; la rédaction proposée par le Gouvernement maintient le principe de dérogation aux règles générales, mais celles-ci sont regroupées de façon générique.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – L'amendement est satisfait par l'article 43. Les activités d'élus sont exclues des revenus pris en compte dans le calcul du cumul emploi-retraite. Heureusement, nous avons conservé cette possibilité, sans quoi nous connaîtrions une petite révolution. Avis défavorable.

M. Jean-Pierre Farandou, ministre. – Même avis.

*L'amendement n°1528 rectifié *quater* est retiré.*

Mme la présidente. – [Amendement n°12 rectifié](#) de Mme Girardin et *alii*.

Mme Maryse Carrère. – L'application de l'article 43 créerait un conflit normatif à Saint-Pierre-et-Miquelon. Le régime général local omnibranches comporte de nombreuses spécificités. Des assurés ayant atteint l'âge du taux plein à Saint-Pierre-et-Miquelon continueraient à être pénalisés dans le cadre du cumul emploi-retraite, remettant en cause l'alignement entre les deux régimes.

Ce serait non seulement incohérent, et bouleverserait des équilibres patiemment construits. Une telle évolution, menée sans concertation, constituerait une atteinte à la démocratie sociale.

Cet amendement exclut Saint-Pierre-et-Miquelon du champ de l'article, dans l'attente d'une négociation.

Mme la présidente. – [Amendement n°13 rectifié](#) de Mme Carrère et *alii*.

Mme Maryse Carrère. – Amendement de repli : nous conditionnons l'entrée en vigueur à l'adoption par décret de mesures d'adaptation.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – Le calendrier de hausse de l'âge légal d'ouverture des droits diffère entre l'Hexagone et Saint-Pierre-et-Miquelon. Pour autant, le texte s'adaptera en conséquence.

De nombreux assurés de Saint-Pierre-et-Miquelon sont polypensionnés. Si l'on exclut la réforme du cumul emploi-retraite de ce territoire ou si l'on diffère

son entrée en vigueur, ils seraient les premiers perdants. Avis défavorable.

M. Jean-Pierre Farandou, ministre. – Il faut articuler le régime spécifique de Saint-Pierre-et-Miquelon avec le régime général. C'est le bon équilibre. Avis défavorable.

L'amendement n°12 rectifié n'est pas adopté non plus que l'amendement n°13 rectifié.

Mme la présidente. – [Amendement de n°1730](#) de Mme Lubin et du groupe SER.

Mme Monique Lubin. – Nous avançons la date d'entrée en vigueur la réforme du cumul emploi-retraite dès le 1^{er} juillet 2026.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – Les caisses de retraite ne seront pas opérationnelles au 1^{er} juillet 2026.

Non, l'entrée en vigueur différée n'emporte pas de risque constitutionnel de dérogation au principe d'annualité des lois de finances, car cette réforme est pérenne. Avis défavorable.

M. Jean-Pierre Farandou, ministre. – Je suis ravi que la réforme vous plaise tellement que vous vouliez l'avancer de six mois ! Malheureusement, pour des raisons matérielles, c'est impossible. Avis défavorable.

L'amendement n°1730 n'est pas adopté.

Mme Michelle Gréaume. – Cet article réforme les règles de cumul entre pensions de retraite et revenus d'activité professionnelle.

Pour certains jeunes retraités, la pension sera réduite en cas de reprise d'activité. Est-ce la même chose pour les pensions militaires, étant donné qu'elles devront être décalées tous les ans ? Que faites-vous pour les petits agriculteurs qui souhaitent réduire progressivement leur activité sans l'interrompre totalement ? Je regrette que l'article renvoie à de nombreux décrets, dont nous ne débattons pas ; je souhaiterais quelques éclaircissements.

M. Jean-Pierre Farandou, ministre. – Sur les militaires, pas de changement : ils sont exclus du champ de la réforme ; sur les petits agriculteurs, rien de particulier, hormis les dispositions contenues dans l'amendement que le Sénat vient d'adopter.

L'article 43, modifié, est adopté.

Après l'article 43

Mme la présidente. – [Amendement n°1613](#) du Gouvernement.

M. Jean-Pierre Farandou, ministre. – Nous corrigeons les dispositions de [l'article 87](#) de la LFSS pour 2025, relatif à la réforme de la retraite de base des non-salariés agricoles. Le mode de calcul est désormais établi sur la base des vingt-cinq meilleures années comme pour le régime général. Nous avons

procédé à divers aménagements du code rural et de la pêche maritime.

L'amendement corrige également des erreurs matérielles. Nous rétablissons la prise en compte des points attribués pour le calcul des pensions. Enfin, il toilette et corrige des dispositions d'entrée en vigueur.

Mme Pascale Gruny, rapporteur. – Prendre en compte les vingt-cinq meilleures années de revenus prend tout sens à l'heure du changement climatique : les récoltes ne sont plus aussi linéaires qu'autrefois.

Je me suis beaucoup impliquée pour que cette réforme aboutisse avant le 1^{er} janvier 2026. J'ai rapporté une [proposition de loi](#) de Philippe Mouiller visant à réformer ce mode de calcul, adoptée à l'unanimité en première lecture au Sénat. Cet amendement sécurise l'entrée en vigueur de la réforme au 1^{er} janvier 2026, je m'en réjouis.

Je resterai toutefois vigilante : les décrets d'application devront être publiés avant le 31 décembre. Monsieur le ministre, il faut suivre ce dossier ! Avis favorable.

L'amendement n°1613 est adopté et devient un article additionnel.

Mme la présidente. – Il reste 64 amendements à examiner.

Prochaine séance aujourd'hui, mardi 25 novembre 2025, à 14 h 30.

La séance est levée à minuit quarante.

Pour le Directeur des Comptes rendus du Sénat,

Rosalie Delpech

Chef de publication

Ordre du jour du mardi 25 novembre 2025

Séance publique

À 14 h 30, le soir et la nuit

Présidence :

M. Alain Marc, vice-président,
Mme Sylvie Vermeillet, vice-présidente,
M. Xavier Iacovelli, vice-président

1. Désignation des 19 membres de la commission d'enquête sur les marges des industriels et de la grande distribution (*droit de tirage du GEST*)
2. Projet de loi, rejeté par l'Assemblée nationale après engagement de la procédure accélérée, de finances de fin de gestion pour 2025 (*n°132, 2025-2026*)
3. 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*)