

N° 687

# SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

Enregistré à la Présidence du Sénat le 3 juin 2026

## RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur la proposition de loi  
visant à **garantir la neutralité financière du don d'organes par les vivants**,*

Par M. Jean SOL,

Sénateur

(1) Cette commission est composée de : M. Philippe Mouiller, *président* ; Mme Élisabeth Doineau, *rapporteuse générale* ; Mme Pascale Gruny, M. Jean Sol, Mme Annie Le Houerou, MM. Bernard Jomier, Olivier Henno, Dominique Théophile, Mme Cathy Apourceau-Poly, M. Daniel Chasseing, Mme Raymonde Poncet Monge, *vice-présidents* ; Mmes Viviane Malet, Annick Petrus, Corinne Imbert, Corinne Féret, Jocelyne Guidez, *secrétaires* ; M. Alain Milon, Mme Marie-Do Aeschlimann, M. Pierre Boileau, Mmes Christine Bonfanti-Dossat, Corinne Bourcier, Brigitte Bourguignon, Céline Brulin, M. Laurent Burgoa, Mmes Marion Canalès, Maryse Carrère, Catherine Conconne, Patricia Demas, Chantal Deseyne, Brigitte Devésa, M. Jean-Luc Fichet, Mme Frédérique Gerbaud, MM. Xavier Iacovelli, Khalifé Khalifé, Mmes Florence Lassarade, Marie-Claude Lermytte, M. Martin Lévrier, Mmes Monique Lubin, Brigitte Micouneau, Laurence Muller-Bronn, Solanges Nadille, Anne-Marie Nédélec, Guylène Pantel, Émilienne Poumirol, Frédérique Puissat, Marie-Pierre Richer, Anne-Sophie Romagny, Laurence Rossignol, Silvana Silvani, Nadia Sollogoub, Anne Souyris.

**Voir les numéros :**

Sénat : 458 et 688 (2025-2026)



## SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
L'ESSENTIEL.....	5
<b>I. LA NEUTRALITÉ FINANCIÈRE DU DON : UN PRINCIPE FONDAMENTAL ENCORE INSUFFISAMMENT OPÉRATIONNEL.....</b>	<b>6</b>
A. GARANTIE PAR LA LOI, LA NEUTRALITÉ FINANCIÈRE DU DON REVÊT EN PRINCIPE UN LARGE SPECTRE, S'ÉTENDANT AU-DELÀ DES FRAIS DE SANTÉ STRICTO SENSU.....	6
B. UN PRINCIPE DE NEUTRALITÉ FINANCIÈRE INABOUTI, TANT DANS SA CONCEPTION MÊME QUE DANS SON APPLICATION.....	7
<b>II. UNE PROPOSITION DE LOI VISANT À GARANTIR LA NEUTRALITÉ FINANCIÈRE RÉELLE DU DON PAR LES VIVANTS .....</b>	<b>7</b>
A. LE TRANSFERT DE LA GESTION DU PRINCIPE DE NEUTRALITÉ FINANCIÈRE À L'ASSURANCE MALADIE .....	7
B. D'UNE VOLONTÉ DE COMPLÉTER LE PRINCIPE DE NEUTRALITÉ FINANCIÈRE À LA CRÉATION D'UN VÉRITABLE STATUT DU DONNEUR VIVANT.....	8
C. APPROFONDIR LE PRINCIPE DE NEUTRALITÉ FINANCIÈRE AU-DELÀ DES POUVOIRS PUBLICS .....	9
<b>EXAMEN DES ARTICLES .....</b>	<b>11</b>
• <i>Article 1<sup>er</sup></i> Transfert à l'assurance maladie de la gestion des remboursements au titre du principe de neutralité financière du don, et extension de son champ.....	11
• <i>Article 2</i> Non-applicabilité de la participation forfaitaire et de la franchise aux actes et produits en lien avec un don ou un prélèvement.....	35
• <i>Article 3</i> Non-applicabilité du délai de carence à l'indemnisation des arrêts de travail en lien avec le don .....	45
• <i>Article 3 bis</i> Impossibilité pour l'assureur de se renseigner sur la réalisation d'un don d'organes par un assuré .....	56
• <i>Article 4</i> Gage financier de la proposition de loi .....	59
<b>EXAMEN EN COMMISSION.....</b>	<b>61</b>
<b>RÈGLES RELATIVES À L'APPLICATION DE L'ARTICLE 45 DE LA CONSTITUTION ET DE L'ARTICLE 44 BIS, ALINÉA 3, DU RÈGLEMENT DU SÉNAT (« CAVALIERS »).....</b>	<b>75</b>
<b>LISTE DES PERSONNES ENTENDUES ET DES CONTRIBUTIONS ÉCRITES .....</b>	<b>77</b>
<b>LA LOI EN CONSTRUCTION .....</b>	<b>79</b>



## L'ESSENTIEL

Alors qu'elle a ouvert la voie en réalisant, dès 1952, la **première transplantation rénale** à partir d'un donneur vivant, la France se trouve **aujourd'hui en retrait** dans le développement de la greffe par rapport à certains de ses voisins européens, notamment l'Espagne.

Pour contrecarrer cette dynamique, un **plan greffe 2022-2026** a été déployé, mais l'atteinte de ses objectifs apparaît **compromise**, tant pour le volume de transplantations que pour la part du don du vivant en son sein. Les conséquences sur la santé publique sont lourdes : en 2025, 23 294 patients étaient en attente d'une greffe, et **966 sont décédés faute de transplantation**.

Le don d'éléments du corps humain répond à **trois principes fondamentaux** : l'anonymat, le consentement et la **gratuité**, complétée par son corollaire pour les donneurs vivants, la **neutralité financière**. Le Sénat, qui a **inspiré ce principe**, porte la **responsabilité singulière** de poursuivre les efforts déployés pour lui **conférer une pleine portée effective**.

Cette proposition de loi du président de la commission, Philippe Mouiller, vise à **garantir la neutralité réelle du don du vivant**, afin **d'encourager son développement** et d'assurer aux **donneurs, auteurs d'un acte noble**, le **bénéfice effectif des garanties accordées par la loi**.

Pour ce faire, elle **transfère à l'assurance maladie la gestion de ce principe**, aujourd'hui assumée, non sans mal, par les établissements de santé en charge du prélèvement. Elle **étend le champ de la neutralité financière**, en exonérant les donneurs de **participation forfaitaire**, de **franchise** et de **décal de carence** en cas de lien avec le don.

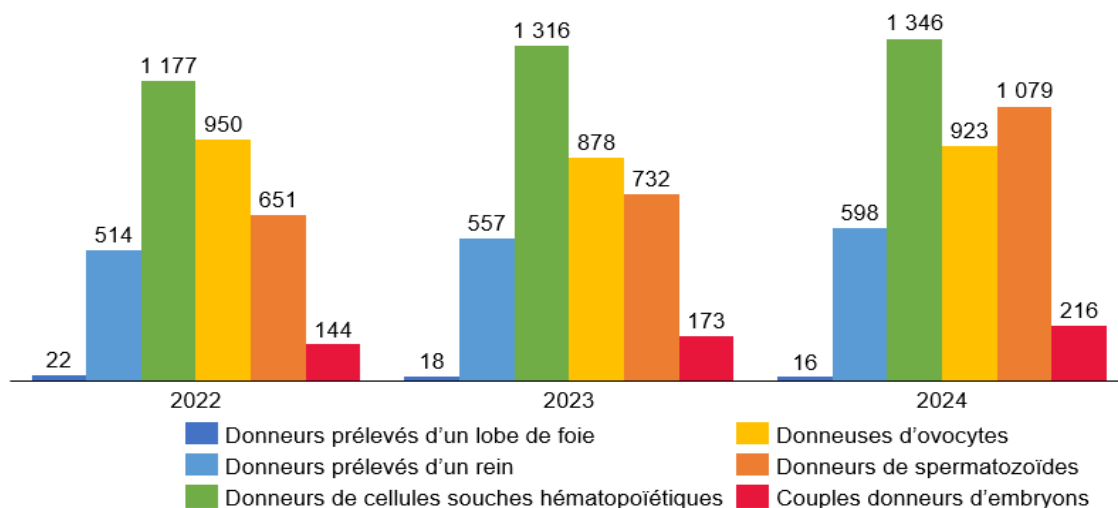
La commission a **soutenu et complété ces dispositions**. Afin **d'améliorer l'identification** et le suivi des donneurs, elle a **institué un statut administratif du donneur vivant**, incorporant les **règles de prise en charge dérogatoire** dont ils bénéficient, mais aussi une **protection contre les dépassements d'honoraires** et une **priorité d'accès à la greffe**. Elle a également **renforcé l'application du principe de neutralité du don**, en **étendant à l'ensemble des donneurs les autorisations d'absence** aujourd'hui accordées aux donneuses d'ovocytes et en **renforçant la protection des donneurs contre les discriminations assurantielles**.

## I. LA NEUTRALITÉ FINANCIÈRE DU DON : UN PRINCIPE FONDAMENTAL ENCORE INSUFFISAMMENT OPÉRATIONNEL

### A. GARANTIE PAR LA LOI, LA NEUTRALITÉ FINANCIÈRE DU DON REVÊT EN PRINCIPE UN LARGE SPECTRE, S'ÉTENDANT AU-DELÀ DES FRAIS DE SANTÉ STRICTO SENSU

Outre le sang, **quatre catégories** d'éléments et produits du corps humain peuvent faire l'objet d'un don par les vivants : **les organes et les cellules souches hématopoïétiques**, en vue d'une greffe, et **les gamètes et les embryons**, dans le cadre d'une procréation médicalement assistée. On compte, chaque année, autour de **4 000 donneurs vivants**.

Nombre de donneurs vivants, par an et par type de dons



Source : Commission des affaires sociales d'après l'Agence de la biomédecine

Au principe de gratuité du don, inspiré par la loi « Caillavet » de 1976, s'ajoute un **corollaire pour les donneurs vivants** : le principe de **neutralité financière**, institué par la loi de bioéthique de 2004. Le don du vivant est donc supposé être **strictement sans incidence, qu'elle soit favorable ou non, sur les finances du donneur**.

**Assurée par les hôpitaux** en charge du prélèvement, la neutralité financière du don a vocation à **couvrir l'intégralité des charges supportées par le donneur**, qu'il s'agisse des **frais de santé** liés à la préparation, à la réalisation, au suivi et aux suites du don, des **frais d'hébergement et de transport** y afférant, ou de **l'indemnisation des pertes de revenus** qu'il occasionne.

## B. UN PRINCIPE DE NEUTRALITÉ FINANCIÈRE INABOUTI, TANT DANS SA CONCEPTION MÊME QUE DANS SON APPLICATION

Toutefois, l'écart entre la promesse de la neutralité financière du don et la réalité vécue par les donateurs apparaît parfois vertigineux.

Une étude menée par l'Agence de la biomédecine en 2011 a démontré qu'un donneur de rein

sur cinq subissait un préjudice financier, atteignant un niveau moyen de 1 567 euros ne serait-ce que sur les pertes professionnelles.

Le principe de neutralité financière du don se heurte en effet à la fois à des limites dans sa conception même, et à des difficultés d'application en raison d'un cadre légal daté.

Plusieurs angles morts limitent encore la portée effective du principe de neutralité financière, notamment le maintien des franchises et délais de carence, ou l'absence de compensation intégrale des pertes de revenus pour certaines catégories de donateurs (indépendants, personnes aisées).

La gestion du principe de neutralité financière par les hôpitaux se heurte, en outre, à des difficultés d'application, concentrées sur la ville et les frais connexes. Les associations déplorent des délais de remboursement de plusieurs mois, voire des réticences ou des refus de prise en charge, causés par une méconnaissance du cadre applicable qui se traduit également par un manque d'uniformité dans la gestion des remboursements.

**20,8 %**

des donateurs de rein déclarent avoir subi un **préjudice financier** lié au don

Source : Enquête QV-DV

## II. UNE PROPOSITION DE LOI VISANT À GARANTIR LA NEUTRALITÉ FINANCIÈRE RÉELLE DU DON PAR LES VIVANTS

### A. LE TRANSFERT DE LA GESTION DU PRINCIPE DE NEUTRALITÉ FINANCIÈRE À L'ASSURANCE MALADIE

Conçu à une époque, désormais révolue, où le parcours du donneur se déroulait presque exclusivement à l'hôpital, le dispositif actuel ne paraît plus adapté à la pratique contemporaine du don. Dès lors, l'article 1<sup>er</sup> transfère de l'établissement préleveur à l'assurance maladie la gestion de la neutralité financière du don.



Les **difficultés récurrentes** rencontrées par les donateurs soulignent les **limites d'un modèle** qui confie aux établissements de santé une **mission étrangère à leur cœur de métier** et **consommatrice de temps administratif et soignant**. Il apparaît dès lors **opportun de transférer cette responsabilité à l'assurance maladie**, dont l'expertise en matière de gestion des prestations constitue une **garantie d'efficacité et d'équité**. Afin de laisser l'assurance maladie procéder avec sérénité aux **évolutions nécessaires** de ses systèmes d'information, la commission a **reporté d'au plus deux ans** l'entrée en vigueur de l'article 1<sup>er</sup>.

#### **B. D'UNE VOLONTÉ DE COMPLÉTER LE PRINCIPE DE NEUTRALITÉ FINANCIÈRE À LA CRÉATION D'UN VÉRITABLE STATUT DU DONNEUR VIVANT**

La proposition de loi vise également à **compléter le principe de neutralité financière en levant des limites inhérentes à sa conception**.

En ce sens, l'**article 1<sup>er</sup>** étend le champ de la neutralité financière aux « *frais de toute nature* » occasionnés par la préparation, la réalisation, le suivi ou les suites du don. Pourraient ainsi désormais être pris en charge les **frais de garde d'enfants**, ou les frais de restauration.



L'**article 2** de la proposition de loi **écarter l'application des participations forfaitaires** et des franchises sur les frais de santé en lien avec la préparation, la réalisation, le suivi et les suites du don. L'**article 3** en fait de même avec les **délais de carence préalables à l'indemnisation des arrêts de travail** par l'assurance maladie. La commission a soutenu ces dispositions, arguant que **nul n'est besoin de « responsabiliser » les donateurs**, auteurs d'actes de générosité qui permettent de sauver des vies de proches ou d'inconnus.

La commission a **renforcé l'ambition du texte**, en faisant de l'article 2 **le support d'un véritable statut législatif du donneur vivant**. Inspirée du statut des victimes du terrorisme, cette évolution, demandée par les associations et l'Agence de la biomédecine, **améliorera l'identification et le suivi des donateurs** par les pouvoirs publics, afin de **donner une traduction effective à la neutralité financière que la loi leur promet**.

Ce statut comprend **les différentes règles de prise en charge dérogatoires liées au don**, mais est également associé à une **interdiction de se voir opposer des dépassements d'honoraires** sur les frais en lien avec le don et, pour ce qui concerne le don d'organes, à une **priorité d'accès à la greffe** en cas de problème de santé ultérieur lié au prélèvement.

### **C. APPROFONDIR LE PRINCIPE DE NEUTRALITÉ FINANCIÈRE AU-DELÀ DES POUVOIRS PUBLICS**

Le dernier axe de travail de la commission a consisté en **l'approfondissement de l'application du principe de neutralité financière au-delà des pouvoirs publics.**

Dans la mesure où le donneur est en bonne santé, les examens préalables au don **ne relèvent pas d'un arrêt de travail** : les employés recourent donc, le plus souvent, à des **congés** pour y assister. Cette solution n'est **pas satisfaisante au regard du principe de neutralité**, et l'est d'autant moins lorsque le salarié est **susceptible de liquider ses congés.**

Par conséquent, dans une **logique d'équité et d'uniformisation**, la commission a étendu à **l'ensemble des donneurs le régime d'autorisation d'absences** pour se rendre aux examens et interventions préalables au prélèvement, aujourd'hui en vigueur pour le **seul don d'ovocytes.**

Enfin, la commission a adopté un **article 3 bis** visant à **renforcer la protection contre les discriminations assurantielles** subies par les donneurs d'éléments et produits du corps humain, en **interdisant toute sollicitation d'informations sur la réalisation d'un don du vivant** dans le cadre des **questionnaires de santé** soumis par les assureurs.

Réunie le **mercredi 3 juin** sous la présidence de Philippe Mouiller, la commission des affaires sociales a examiné le rapport de **Jean Sol.** Elle a **adopté** la proposition de loi, modifiée par **dix amendements** de son rapporteur et deux amendements identiques.



## EXAMEN DES ARTICLES

### *Article 1<sup>er</sup>*

**Transfert à l'assurance maladie de la gestion des remboursements  
au titre du principe de neutralité financière du don,  
et extension de son champ**

*D'une part, cet article transfère de l'établissement chargé d'effectuer le prélèvement ou la collecte à l'assurance maladie la gestion du principe de neutralité financière du don d'organes, de cellules hématopoïétiques ou de gamètes par les vivants.*

*D'autre part, cet article étend le principe de neutralité financière du don aux frais de toute nature encourus au titre de la préparation, de la réalisation, du suivi et des suites du prélèvement ou de la collecte.*

*La commission a adopté cet article modifié par un amendement, visant à différer son entrée en vigueur au plus tard deux ans après la promulgation de la loi. Il s'agit là de laisser à l'assurance maladie le temps nécessaire pour qu'elle puisse exercer sereinement ses nouvelles missions, sans laisser présager de risques de rupture de prise en charge pour les donneurs.*

### **I - Le dispositif proposé**

*A. Encadré par plusieurs principes construits au fil des lois de bioéthique, le don du vivant constitue un enjeu majeur de santé publique aujourd'hui insuffisamment investi*

**1. Le développement du don du vivant : une priorité majeure de santé publique**

• Le don d'éléments et produits du corps humain poursuit **deux principaux objectifs : la greffe et la procréation médicalement assistée<sup>1</sup>.**

La greffe médicale est un acte consistant à **remplacer un organe ou un tissu malade ou défaillant d'un patient par un organe ou un tissu sain provenant d'un donneur.**

---

<sup>1</sup> Articles L. 2141-1 à L. 2143-9 du code de la santé publique.

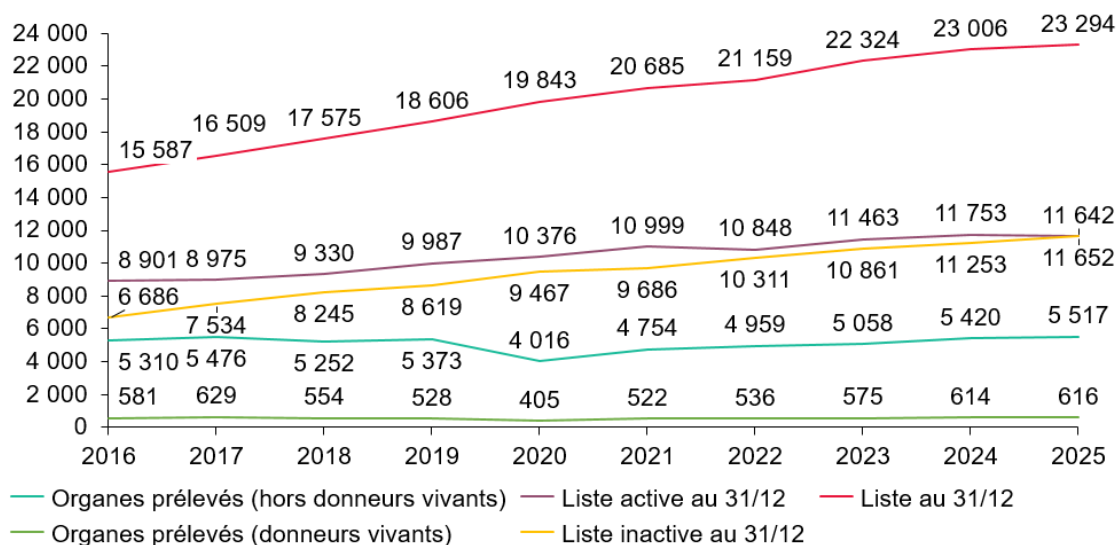
### Le déploiement de la greffe d'organes, insuffisant pour couvrir les besoins

L'activité de greffe d'organes, d'une **importance thérapeutique vitale** pour les patients en attente, connaît un **développement continu en France**, toutefois freiné par la crise sanitaire liée à la pandémie de covid-19 (- 25 % de greffes en 2020) qui a « provoqué un choc majeur » et « révélé et aggravé une fragilisation plus ancienne du système hospitalier »<sup>1</sup> en la matière, selon l'association de patients atteints de maladies rénales Renaloo. La loi en fait « **une priorité nationale** »<sup>2</sup>.

L'année 2025 a détrôné l'année 2017 et **marqué un nouveau record avec 6 148 greffes recensées sur le territoire**. Ces greffes concernent principalement le rein (62 % en 2024) et le foie (24 %), mais aussi le cœur (7 %), les poumons (5 %), le pancréas ou l'intestin.

Malgré cela, les **besoins en greffe excèdent structurellement le nombre d'interventions réalisées** : début 2026, plus de 23 000 patients étaient inscrits sur la liste nationale d'attente, dont plus de 11 000 en liste active, excluant les patients présentant des contre-indications temporaires. **966 patients sont décédés en 2025 dans l'attente d'une greffe.**

#### Évolution du nombre de prélèvements d'organes sur personnes décédées et vivantes et de la liste nationale d'attente



Source : Commission des affaires sociales du Sénat d'après l'Agence de la biomédecine

Pour près de **90 % des greffes**, les donneurs étaient **en état de mort encéphalique au moment de la collecte**.

<sup>1</sup> Réponses écrites de Renaloo au questionnaire du rapporteur.

<sup>2</sup> Article L. 1231-1 A du code de la santé publique.

La **procréation médicalement assistée** désigne, quant à elle, l'ensemble des pratiques médicales destinées à **permettre une grossesse lorsqu'une conception naturelle est impossible, difficile**, ou risquerait d'occasionner la transmission à l'enfant ou à un membre du couple d'une maladie d'une particulière gravité.

• **Outre le sang, régi par des dispositions spécifiques<sup>1</sup>**, on distingue quatre principales catégories d'éléments et produits du corps humain pouvant faire l'objet d'un prélèvement ou d'une collecte chez les vivants : **les organes<sup>2</sup>** et **les cellules souches hématopoïétiques<sup>3</sup>**, en vue d'une greffe, et **les gamètes<sup>4</sup>** et **les embryons**, dans le cadre d'une assistance médicale à la procréation.

Si de nombreux **organes** – **rein, foie**, poumons, cœur, pancréas, intestins – et **tissus** du corps humain<sup>5</sup> – peau, cornée, tendons, **os, ligaments** – peuvent faire l'objet d'une greffe, **le rein et le lobe de foie sont les seuls à pouvoir faire l'objet d'un don du vivant**. En effet, il est **possible de ne vivre qu'avec un rein**, et le foie se caractérise par des **capacités de régénération** permettant la reconstitution progressive du volume hépatique du donneur vivant.

De telles greffes constituent des **options thérapeutiques précieuses**, et parfois indispensables, pour **soigner des patients atteints de maladies graves**, et représentent de plus une **opportunité d'amélioration majeure de la qualité de vie** des patients concernés :

- le **don de rein s'opère notamment au bénéfice de patients souffrant d'insuffisances rénales chroniques terminales**, en lieu et place d'une dialyse. Le prélèvement sur personne vivante représente, à cet égard, une « *possibilité efficace pour le malade* » selon l'Agence de la biomédecine : **les trois quarts des reins transplantés depuis un donneur vivant sont fonctionnels dix ans plus tard** ;

- la transplantation hépatique est notamment possible pour les patients souffrant d'une cirrhose ou d'hépatites à des stades avancés, pour lesquels les autres traitements envisagés ne sont plus efficaces. Le taux de survie à cinq ans s'établit environ à 75 %.

Pour ces raisons, le développement du don d'organes par les vivants constitue une priorité de santé publique, mise à l'honneur dans le cadre du plan greffes 2022-2026.

---

<sup>1</sup> Cf. infra.

<sup>2</sup> Articles L. 1231-1 A à L. 1235-7 du code de la santé publique.

<sup>3</sup> Notamment, articles L. 1241-1 à L. 1243-9 du code de la santé publique.

<sup>4</sup> Articles L. 1244-1 à L. 1244-9 du code de la santé publique.

<sup>5</sup> En 2024, 7 165 prélèvements de tissus ont, en outre, été opérés sur des personnes décédées. Cela concerne très majoritairement la cornée (6 876 prélèvements), mais aussi les artères et les veines (581 et 454 prélèvements), le tissu cardiaque, la peau ou les os.

### **Le plan ministériel 2022-2026 pour le prélèvement et la greffe**

• Adopté à la suite des **difficultés engendrées par la crise sanitaire**, le plan ministériel 2022-2026 pour le prélèvement et la greffe d'organes et de tissus vise à **accroître le nombre de greffes réalisées en France tout en améliorant l'équité d'accès à la transplantation**. Doté de moyens financiers renforcés de **210 millions d'euros sur cinq ans**, il repose sur **neuf axes stratégiques** destinés à développer les différentes sources de greffons et à optimiser l'organisation de la filière :

« - *l'augmentation du recensement et du prélèvement d'organes sur donneurs décédé, notamment en faisant baisser le taux d'opposition ;*

- *l'amélioration de l'accès à la liste nationale d'attente et le développement de la transplantation d'organes, notamment en optimisant l'allocation des greffons grâce à des outils informatiques pour améliorer les compatibilités entre receveur et donneur ;*

- *le développement de la greffe rénale à partir de donneur vivant, notamment en développant le don croisé qui permet d'optimiser au mieux des dons entre paires de receveurs et donneurs ;*

- *le développement du prélèvement et de la greffe de tissus, notamment en réduisant les disparités territoriales pour améliorer l'équité entre régions ;*

- *le renforcement de l'évaluation des activités de prélèvement et de greffe d'organes et de tissus, ainsi que la gouvernance des données, notamment en renforçant les audits de coordination hospitalières des prélèvements d'organes et de tissus ;*

- *l'amélioration de la qualité des pratiques et la sécurité des soins, notamment en mettant en place des outils de mesure de la qualité de vie post-greffe ;*

- *l'optimisation du financement des activités de recensement, de prélèvement et de greffe d'organes et de tissus ;*

- *le soutien à la formation, la recherche et le rayonnement européen et international dans le domaine du prélèvement et de la greffe d'organes et de tissus, notamment en formant les professionnels à la pratique de la greffe à partir de donneurs décédés et de donneurs vivants avec des messages adéquats pour chaque situation ;*

- *la communication pour mobiliser le grand public et les professionnels. »<sup>1</sup>*

• **Une place particulière est accordée à la greffe à partir de donneurs vivants**, considérée comme un **levier essentiel pour répondre à l'augmentation des besoins**, notamment en matière de transplantation rénale. Le plan entend **intégrer plus systématiquement cette modalité thérapeutique dans le parcours de soins des patients atteints d'insuffisance rénale chronique**, réduire les disparités territoriales d'accès à cette technique et **renforcer l'orientation des patients vers les centres spécialisés** lorsqu'une telle greffe n'est pas proposée localement.

Le plan souligne également la nécessité **d'améliorer la qualité de vie et le suivi des donneurs vivants**, tout en développant les connaissances scientifiques relatives aux conséquences médicales, psychologiques et sociales du don. Cette reconnaissance institutionnelle du rôle des donneurs vivants témoigne de leur place **désormais centrale dans la politique française de transplantation**.

<sup>1</sup> Réponses écrites de la direction générale de la santé (DGS), de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) et de la direction de la sécurité sociale (DSS) au questionnaire du rapporteur.

• En 2025, **616 greffes avec donneur vivant ont été recensées**, soit le total **le plus haut enregistré depuis 2017**. Il s'agit presque exclusivement de **dons de rein** : 605 greffes de cet organe ont été réalisées cette année-là, contre **11 greffes de lobe de foie**<sup>1</sup>. Malgré cela, les donneurs vivants prélevés d'un rein ne représentaient que **9,9 % des dons de rein en 2023 et 2024**, un total **deux fois inférieur à l'objectif fixé par le plan greffe 2022-2026** et en stagnation depuis son lancement.

### Les résultats insuffisants du plan greffe 2022-2026

• Les objectifs affichés par le plan greffe étaient ambitieux : il s'agissait, notamment, **d'atteindre entre 6 760 et 8 528 greffes réalisées**, tous organes confondus, à horizon 2026, et de **porter à 20 % la part de greffes rénales issues de donneurs vivants**.

Alors que **6 148 greffes ont été recensées en 2025 contre 5 276 en 2021** et que seuls **9,9 % des reins greffés étaient issus de dons du vivant en 2025** (soit la même proportion qu'en 2022), l'atteinte de ces objectifs apparaît aujourd'hui **largement compromise**.

• Pour expliquer ces résultats en demi-teinte, l'Agence de la biomédecine fait valoir que le développement du don d'organes demeure **confronté à plusieurs difficultés structurelles**, accentuées depuis la crise sanitaire liée à la covid-19.

Celle-ci a contribué à **fragiliser la confiance accordée à la parole scientifique et médicale**, dans un contexte marqué par la diffusion croissante de fausses informations en matière de santé. Cette évolution se traduit par une augmentation significative de l'opposition au don d'organes, qui atteint désormais un **niveau historiquement élevé de 37 %**, contre 30 % environ avant crise et autour de 20 % en Espagne, malgré un corpus législatif identique.

En outre, la greffe reste parfois **insuffisamment intégrée au parcours de prise en charge de la maladie rénale chronique**, la dialyse – pourtant à la fois plus préjudiciable à la qualité de vie du patient et plus coûteuse pour l'assurance maladie – lui étant **fréquemment préférée en première intention**.

La pandémie a également **désorganisé durablement les établissements de santé**. La réaffectation des ressources humaines et matérielles vers les services de réanimation, les déprogrammations chirurgicales massives ainsi que les difficultés persistantes de recrutement et de fidélisation des personnels ont réduit les capacités hospitalières consacrées au prélèvement et à la greffe.

**S'agissant plus particulièrement du don du vivant, plusieurs freins subsistent**. Les patients comme les professionnels de santé peuvent éprouver des **réticences face au risque, même faible, encouru par une personne saine au bénéfice d'un proche malade**. En outre, la greffe reste insuffisamment connue du grand public, faisant du **renforcement de l'information un enjeu central afin de mieux faire connaître les bénéfices du don du vivant**, notamment la possibilité d'accéder plus précocement à la transplantation, d'éviter la dialyse ou d'en réduire la durée.

<sup>1</sup> Sur les dix dernières années, le nombre maximal de greffes de lobes de foie avec donneurs vivants s'est établi à 22, en 2022.

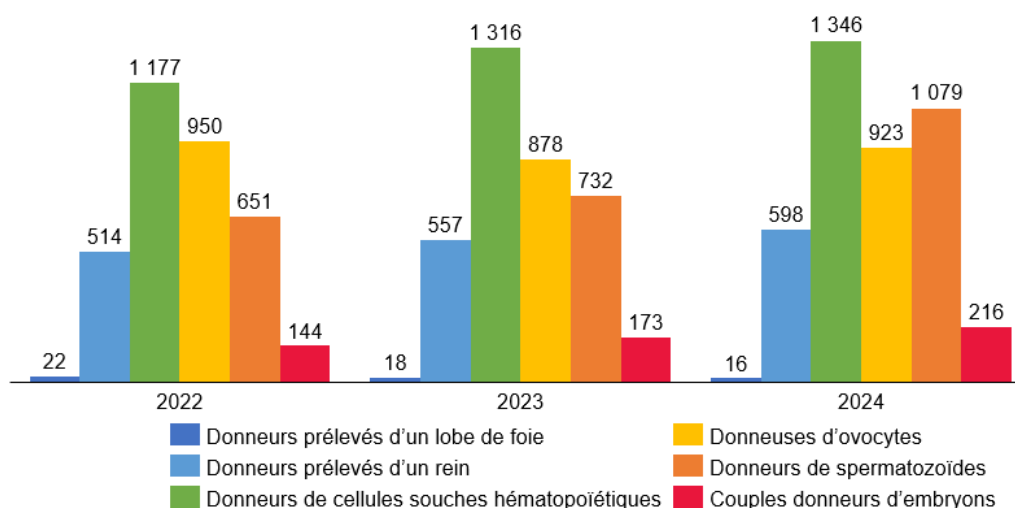
Enfin, **l'organisation complexe des parcours pré-don** et les contraintes logistiques pesant sur les établissements constituent des obstacles supplémentaires à son développement, notamment l'accès aux plateaux techniques et aux blocs opératoires, saturés, alors que le don du vivant relève rarement de l'urgence absolue.

• L'association de patients atteints de maladies rénales Renaloo estime quant à elle être contrainte « *de constater que [la] mise en œuvre n'a pas suivi les ambitions affichées. Le problème n'est pas que ce plan en aurait été dépourvu, ou au contraire, ce qui est souvent opposé comme argument, qu'il aurait été « trop ambitieux », mais que les engagements souscrits ne se soient pas traduits par un pilotage suffisamment contraignant, ni par des changements organisationnels à la hauteur des besoins. La mise en œuvre a été trop lente, trop inégale, trop peu lisible pour l'ensemble des acteurs, et trop dépendante de la bonne volonté locale des établissements et des équipes. Certaines mesures (comme la création d'une mention d'IPA de prélèvement et de greffe) ont été abandonnées sans réelle étude. L'application du plan n'a pas suffisamment transformé les conditions concrètes de l'accès à la greffe : accès aux blocs, disponibilité des équipes, attractivité desastreintes, recensement des donneurs potentiels, montée en puissance de Maastricht III<sup>1</sup>, accompagnement des équipes en difficulté* »<sup>2</sup>...

En 2024, on comptait également **1 346 donneurs de cellules souches hématopoïétiques**, par don de moelle osseuse ou de sang périphérique ; les dons du vivant représentant **44 % du total des greffes réalisées dans ce cadre**. Ces dons constituent notamment une **option thérapeutique indispensable dans le traitement de certaines leucémies**.

Enfin, **923 donneuses d'ovocytes, 1 079 donneurs de spermatozoïdes et 216 couples donneurs d'embryons** étaient recensés en 2024.

Nombre de donneurs vivants, par an et par type de dons



Source : Commission des affaires sociales d'après l'Agence de la biomédecine

<sup>1</sup> Il s'agit des personnes pour lesquelles une décision de limitation ou d'arrêt programmé des thérapeutiques est prise en raison du pronostic des pathologies ayant amené la prise en charge en réanimation.

<sup>2</sup> Réponses écrites de Renaloo au questionnaire du rapporteur.

Le nombre total de donneurs vivants sur une année s'établit donc **autour de 4 000 par an**.

Il convient de préciser que les chiffres fournis ici traduisent le **nombre de dons réellement effectués**, car le nombre de donneurs abandonnant le parcours, notamment pour des raisons de santé, est élevé : on compte autour de **deux donneurs potentiels pour un don d'organe, d'ovocytes ou de sperme**, trois pour un don d'embryon, et même **4,5 pour un don de cellules souches hématopoïétiques**.

## **2. Le cadre du don du vivant a été défini, précisé et étendu par les lois de bioéthique successives**

### *a) Le cadre du don d'organes par les vivants*

La **première loi relative au don d'éléments et produits du corps humain à des fins thérapeutiques**<sup>1</sup>, promulguée en 1949<sup>2</sup>, concernait uniquement les **donneurs décédés disposés à faire don de leur cornée**.

Il a donc fallu **attendre 1976 et une initiative du sénateur Henri Caillavet**<sup>3</sup> pour que soit conféré un **cadre légal au don d'organes par les vivants**<sup>4</sup>.

Le champ du don d'organes par les vivants a, par la suite, été **précisé par la loi de bioéthique de 1994**<sup>5</sup>, qui l'a réservé aux cas **d'intérêt thérapeutique direct du receveur**. Celle-ci a également fixé le principe d'un **lien familial nucléaire entre le donneur et le receveur**<sup>6</sup>, autorisant toutefois, en cas d'urgence, le don par conjoint.

Ce principe a ensuite été élargi avec la loi de bioéthique de 2004<sup>7</sup>, qui a fixé le principe de réserver le don aux parents du receveur, mais a admis des **dérogations pour la famille au sens large**<sup>8</sup>, **le conjoint, le concubin justifiant d'une durée de vie commune d'au moins deux ans et les conjoints des parents**.

---

<sup>1</sup> La loi du 15 novembre 1887 sur la liberté des funérailles concernait, certes, le don d'organes après la mort, mais il ne s'agissait à l'époque que de dons visant à concourir à la recherche et à l'enseignement médical.

<sup>2</sup> Loi n° 49-890 du 7 juillet 1949 permettant la pratique de la greffe de la cornée grâce à l'aide de donneurs d'yeux volontaires, dite loi Lafay.

<sup>3</sup> Article 1<sup>er</sup> de la loi n° 76-1181 du 22 décembre 1976 relative aux prélèvements d'organes, dite loi Caillavet.

<sup>4</sup> La loi n° 52-854 du 21 juillet 1952 sur l'utilisation thérapeutique du sang humain, de son plasma et de leurs dérivés avait toutefois déjà conféré un cadre légal au don de sang par les vivants.

<sup>5</sup> Article 5 de la loi n° 1994-954 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal.

<sup>6</sup> Le donneur peut être le parent, l'enfant, le frère ou la sœur du receveur.

<sup>7</sup> Article 9 de la loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique.

<sup>8</sup> Incluant les enfants, les frères, les sœurs, les grands-parents, les oncles, les tantes et les cousins et cousines germains.

La **loi de bioéthique de 2011**<sup>1</sup> a continué cette œuvre, en ouvrant le don d'organes **aux amis proches du receveur**, pouvant justifier d'un lien affectif étroit et stable avec lui depuis au moins deux ans<sup>2</sup>.

Celle-ci a également ouvert la possibilité du don croisé, lorsqu'une **incompatibilité donneur-receveur** empêche un proche d'une personne en attente de greffe disposé à lui donner un organe d'en faire autant. **Un tel don croisé<sup>3</sup> est possible avec une ou plusieurs<sup>4</sup> autres paires donneur/receveur incompatibles** entre eux, dès lors que l'ensemble des receveurs sont compatibles avec au moins l'un des donneurs impliqués. **Huit greffes ont eu lieu suivant une telle procédure en 2025.**

**Un magistrat est chargé d'apprécier le remplissage des conditions légales requises pour le don**<sup>5</sup>. En outre, **un comité d'experts**, saisi à la discrétion du juge ou **systématiquement si le donneur n'est pas le parent du receveur**, est chargé d'évaluer les risques pour le donneur et le bénéficiaire pour le receveur ainsi que de s'assurer qu'il n'existe pas de réticences inavouées de la part du donneur<sup>6</sup>, **afin d'autoriser le don.**

*b) Le cadre du don de cellules souches hématopoïétiques par les vivants*

Le **don de cellules hématopoïétiques**, d'abord assimilé à un don d'organes<sup>7</sup>, fait depuis 2004<sup>8</sup> l'objet d'un **encadrement propre au prélèvement des tissus, cellules et produits du corps humains**<sup>9</sup>. Il est **réservé à des fins thérapeutiques** et peut s'opérer par prélèvement dans la moelle osseuse ou dans le sang périphérique<sup>10</sup>. **Le don peut bénéficier à n'importe quel patient, sauf exceptions**<sup>11</sup>.

*c) Le cadre du don de gamètes et d'embryons par les vivants*

La loi de 1994 précitée a **légalisé la procréation médicalement assistée**, alors réservée aux couples hétérosexuels vivants, en âge de procréer, mariés ou pouvant justifier de deux années de vie commune, mais depuis **étendue à tout couple formé d'un homme et d'une femme ou de deux femmes vivants, ainsi qu'aux femmes seules**<sup>12</sup>.

---

<sup>1</sup> Article 7 de la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique.

<sup>2</sup> Article L. 1231-1 du code de la santé publique.

<sup>3</sup> Article L. 1231-1 du code de la santé publique.

<sup>4</sup> Depuis l'entrée en vigueur de l'article 8 de la loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique, un don croisé peut faire intervenir six couples de donneurs, et peut également impliquer un donneur décédé si cela augmente les possibilités d'appariement.

<sup>5</sup> Article L. 1231-1 du code de la santé publique.

<sup>6</sup> Article L. 1231-3 du code de la santé publique.

<sup>7</sup> Article 5 de la loi n° 1994-954 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal.

<sup>8</sup> Article 12 de la loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique.

<sup>9</sup> Article L. 1241-1 du code de la santé publique.

<sup>10</sup> Article L. 1241-1 du code de la santé publique.

<sup>11</sup> Cf. infra.

<sup>12</sup> Article 1<sup>er</sup> de la loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique.

Le don de gamètes n'est possible que dans ce cadre<sup>1</sup>, mais sans condition relative à l'identité du receveur. Il ne peut conduire à la naissance de plus de dix enfants<sup>2</sup> et l'insémination artificielle par sperme frais provenant d'un don et le mélange de spermatozoïdes sont prohibés<sup>3</sup>.

d) Un socle de principes communs parfois aménagés : l'anonymat, la gratuité et le consentement

Le don d'éléments et produits du corps humain repose sur trois « principes cardinaux »<sup>4</sup>, définis par la loi Caillavet de 1976 et la loi de bioéthique de 1994 précitées : le consentement au don, l'anonymat du don et la gratuité du don.

• Le principe de consentement au don<sup>5</sup> trouve ses sources dans la loi Lafay de 1949, qui conditionne la possibilité de prélever des cornées sur des donneurs décédés à leur consentement exprès préalable.

Il a, par la suite, été consolidé par les lois de bioéthique successives pour ce qui concerne le don du vivant, mais a été largement aménagé dès la loi Caillavet pour le don *post-mortem*, au profit d'un principe de consentement présumé.

**Le don *post-mortem* d'organes et de tissus :  
un principe de consentement présumé encore difficilement appliqué**

Le principe de consentement au don a été aménagé, dès la loi dite Caillavet en 1976, pour les donneurs d'organes *post-mortem*. En son article 2, cette loi, depuis abrogée, dispose que « des prélèvements peuvent être effectués à des fins thérapeutiques ou scientifiques sur le cadavre d'une personne n'ayant pas fait connaître de son vivant son refus d'un tel prélèvement »<sup>6</sup>.

L'instauration du registre national des refus, par la loi de bioéthique de 1994<sup>7</sup>, a fait évoluer ces conditions.

Le législateur s'est progressivement attaché à renforcer l'opposabilité de l'inscription à ce registre. La loi de 1994 précitée se bornait à affirmer que le refus pouvait être exprimé sur ce registre. Ensuite, la loi de 2004<sup>8</sup> a indiqué que le refus pouvait « notamment » être exprimé via ce registre, tout en commandant au médecin de s'efforcer de recueillir auprès des proches du défunt son opposition

<sup>1</sup> Article L. 1244-1 du code de la santé publique, reprenant le contenu de l'article 10 de la loi n° 1994-954 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal.

<sup>2</sup> Article L. 1244-4 du code de la santé publique.

<sup>3</sup> Article L. 1244-3 du code de la santé publique.

<sup>4</sup> Réponses écrites de la DGS, de la DGOS et de la DSS au questionnaire du rapporteur.

<sup>5</sup> Article L. 1211-2 du code de la santé publique.

<sup>6</sup> Article 2 de la loi n° 76-1181 du 22 décembre 1976 relative aux prélèvements d'organes.

<sup>7</sup> Article 5 de la loi n° 1994-954 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal.

<sup>8</sup> Article 9 de la loi n° 2004-800 du 6 août 2004 relative à la bioéthique.

éventuelle au prélèvement. Désormais<sup>1</sup>, la loi indique que le refus de prélèvement s'exprime « *principalement* »<sup>2</sup> par l'inscription sur le registre des refus, **sans plus mentionner la consultation des proches.**

Pour autant, **dans les faits, lorsque la personne décédée n'a pas, de son vivant, manifesté sa volonté de donner ses organes ou tissus<sup>3</sup> *post-mortem*, ni ne s'est inscrit sur le registre national des refus, les familles restent consultées.**

Ainsi, **si seuls 300 000 assurés sont inscrits sur le registre national des refus, le taux d'opposition au don *post-mortem* atteint 37 % en 2025**, un total en augmentation sur les dernières années et près de deux fois supérieur à son niveau en Espagne, pourtant soumises à un régime juridique similaire.

**Le taux d'opposition figure parmi les principales difficultés évoquées par l'Agence de la biomédecine pour expliquer le développement poussif de l'activité de greffe en France, chaque hausse d'un point du taux d'opposition entraînant mécaniquement une diminution de 100 à 120 du nombre de greffes susceptibles d'être réalisées.**

L'inscription sur le registre national des refus est révocable à tout moment<sup>4</sup>.

Le principe de consentement au don **trouve toute son application dans le cadre du don d'organes et de cellules hématopoïétiques.** Ces deux types de don sont **soumis à une déclaration de consentement du donneur, exprimée à un magistrat, sauf cas d'urgence<sup>5</sup>.** Le don de gamètes est également **subordonné à un consentement écrit du donneur**, présentant toutefois un **degré de formalisme moindre** en ce qu'il n'a pas à être adressé à un magistrat<sup>6</sup>.

Pour garantir le principe de consentement au don, **la loi proscriit le don des majeurs protégés**, sauf pour le don de gamètes, **ainsi que le don des mineurs<sup>7</sup>.** Seul est toléré, selon des conditions plus restrictives que le droit commun, le don de cellules souches hématopoïétiques par des mineurs ou majeurs protégés<sup>8</sup>, **au bénéfice du frère ou de la sœur du donneur** ou, à titre exceptionnel et en l'absence d'autre solution thérapeutique appropriée, **d'autres membres de sa famille<sup>9</sup>.**

**Le consentement au don est révocable à tout moment<sup>10</sup>.**

<sup>1</sup> Article 192 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

<sup>2</sup> Article L. 1231-1 du code de la santé publique.

<sup>3</sup> Article L. 1241-6 du code de la santé publique.

<sup>4</sup> Article L. 1231-1 du code de la santé publique.

<sup>5</sup> Article L. 1231-1 du code de la santé publique pour le don d'organes, article L. 1241-1 du même code pour le don de cellules hématopoïétiques.

<sup>6</sup> Article L. 1244-2 du code de la santé publique.

<sup>7</sup> Article L. 1231-2 du code de la santé publique pour le don d'organes, article L. 1241-2 du même code pour le don de cellules souches hématopoïétiques, article L. 1244-2 dudit code pour le don de gamètes.

<sup>8</sup> Articles L. 1241-3 et L. 1241-4 du code de la santé publique.

<sup>9</sup> Parents, enfants, cousins, oncles, tantes, neveux et nièces.

<sup>10</sup> Article L. 1211-2 du code de la santé publique.

- Le législateur a également dégagé **deux corollaires au principe de consentement au don.**

D'une part, il soumet le don du vivant à une **obligation d'information du donneur sur le parcours dans lequel il s'engage et sur les risques encourus**<sup>1</sup>.

D'autre part, il a proscrit, par la loi de bioéthique de 1994 précitée, **toute publicité en faveur du don au profit d'une personne ou d'un organisme déterminé**, estimant qu'une telle pratique pourrait influencer le choix de donner<sup>2</sup>. Cette interdiction **ne fait toutefois pas obstacle à l'information du public sur le don**<sup>3</sup>, les gynécologues et médecins traitant étant d'ailleurs respectivement tenus d'informer leurs patientes et patients sur le don d'ovocytes et de gamètes<sup>4</sup>.

- **S'y ajoute le principe de gratuité du don**, consacré dès la loi dite Caillavet<sup>5</sup>. L'article L. 1211-4 du code de la santé publique prévoit ainsi qu'« *aucun paiement, quelle qu'en soit la forme, ne peut être alloué à celui qui se prête au prélèvement d'éléments de son corps ou à la collecte de ses produits* ». Le don est donc regardé comme un acte de **générosité et de solidarité**.

Il s'agit là de **prémunir le don contre le développement d'une logique de marchandisation du corps humain**, au demeurant peu compatible avec le principe de consentement libre et éclairé au don.

Dans le même élan, **le législateur a prévu un principe corollaire pour le don du vivant, celui de neutralité du don**, ébauché par la loi Caillavet puis complété par la loi de bioéthique de 1994. Figurant également à l'article L. 1211-4 du code de la santé publique, celui-ci induit que « *les frais afférents au prélèvement ou à la collecte sont intégralement pris en charge* » par l'établissement de santé qui réalise le prélèvement.

**Le don du vivant est donc supposé être strictement sans incidence, qu'elle soit favorable ou non, sur les finances du donneur.**

- **Le principe d'anonymat du don**, consacré par la loi de bioéthique de 1994 précitée, prévoit que « *le donneur ne peut connaître l'identité du receveur, ni le receveur celle du donneur* »<sup>6</sup>. À ce titre, il est prévu **qu'aucune information permettant d'identifier à la fois celui qui a fait don d'un élément ou d'un produit de son corps et celui qui l'a reçu ne puisse être divulguée**.

---

<sup>1</sup> Voir notamment l'article L. 1231-1 du code de la santé publique pour les donneurs d'organes, l'article L. 1241-1 du même code pour les donneurs de cellules hématopoïétiques et les articles L. 1244-2 et L. 1244-7 dudit code pour les donneurs de gamètes et d'embryons.

<sup>2</sup> Article L. 1211-3 du code de la santé publique.

<sup>3</sup> Article L. 1211-3 du code de la santé publique.

<sup>4</sup> Articles L. 1244-1-1 et L. 1244-1-2 du code de la santé publique.

<sup>5</sup> Article 3 de la loi n° 76-1181 du 22 décembre 1976 relative aux prélèvements d'organes.

<sup>6</sup> Article L. 1211-5 du code de la santé publique.

Ce principe découle des deux premiers. En garantissant que le receveur ne puisse savoir qui est à l'origine du don, **le principe d'anonymat du don prémunit les donneurs potentiels contre des pressions** : il renforce ainsi la portée du principe de consentement au don. En outre, il fait obstacle à **toute recherche de contournement du principe de gratuité du don** par des accords occultes entre donneur et receveur.

Le principe de l'anonymat du don connaît, lui aussi, **plusieurs aménagements**.

Il peut, d'abord, y être dérogé **en cas de nécessité thérapeutique<sup>1</sup> ou de situation particulière<sup>2</sup>**.

De plus, **si le don de gamètes est anonyme entre le donneur et le receveur**, la personne née d'un don de gamètes peut, si elle en fait la demande, **avoir accès à l'identité de son donneur** et à des données dites non identifiantes à sa majorité. Ce droit, ouvert par la loi de bioéthique du 2 août 2021 précitée, est mis en œuvre depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2022.

**Surtout, ce principe ne saurait trouver à s'appliquer au don d'organes par les vivants<sup>3</sup>**, la loi restreignant le champ des donneurs à **l'entourage proche du receveur<sup>4</sup>**. « *Néanmoins, ce principe d'anonymat redevient cardinal dans le cadre de don croisé, c'est-à-dire un don à une personne extérieure au cercle familial* »<sup>5</sup>, comme l'observent les administrations centrales.

#### **Deux principes annexes : la proportionnalité du don et l'équité du don**

Si ces deux principes ne sont pas reconnus au même titre que ceux d'anonymat, de gratuité et de consentement, **la loi reconnaît également un principe d'équité dans l'attribution des greffons<sup>6</sup>**, ainsi **qu'un principe de proportionnalité du don**, faisant obstacle à l'instigation d'un don lorsque le risque mesurable excède l'avantage escompté<sup>7</sup>.

<sup>1</sup> Article L. 1211-5 du code de la santé publique pour le principe général, article L. 1244-6 du même code pour le cas spécifique des dons de gamètes.

<sup>2</sup> Le don de cellules hématopoïétiques par les mineurs ou majeurs protégés n'étant par exemple possible qu'au profit de certains proches.

<sup>3</sup> Ni au don de moelle osseuse intrafamilial, cf. supra.

<sup>4</sup> Article L. 1221-1 du code de la santé publique.

<sup>5</sup> Réponses écrites de la DGS, de la DGOS et de la DSS au questionnaire du rapporteur.

<sup>6</sup> Article L. 1231-1 B du code de la santé publique, créé par l'article 9 de la loi n° 2004-800 du 6 août 2004 précitée.

<sup>7</sup> Article L. 1211-6 du code de la santé publique.

**B. La neutralité financière du don du vivant : un principe aux ambitions certaines, auquel n'a pourtant pas été accordée une pleine portée opérationnelle**

**1. La neutralité financière du don du vivant revêt en principe un large spectre, s'étendant au-delà des frais de santé *stricto sensu***

• Si la loi est peu précise sur l'étendue du principe de neutralité financière du don du vivant, elle appelle toutefois le pouvoir réglementaire<sup>1</sup> à **en adopter une conception large** en disposant que « *les frais afférents au prélèvement ou à la collecte sont intégralement pris en charge par l'établissement de santé chargé d'effectuer le prélèvement ou la collecte* »<sup>2</sup>.

**Le pouvoir réglementaire en a tenu compte**, en concevant un système de prise en charge des frais en lien avec un don **s'étendant bien au-delà de la seule prise en charge des frais de santé directs encourus**.

• D'abord, **sur le champ des frais de santé**, la prise en charge ne couvre pas seulement l'acte de don, mais également **l'ensemble des frais afférents à la préparation<sup>3</sup> du don et à son suivi<sup>4</sup>, ainsi que les soins consécutifs au don**. En effet, l'établissement préleveur ou collecteur « *prend à sa charge les frais d'examen et de traitement prescrits en vue du prélèvement, la totalité des frais d'hospitalisation [...] ainsi que les frais de suivi et de soins assurés au donneur en raison du prélèvement dont il a fait l'objet* »<sup>5</sup>.

Dans les faits, les actes réalisés à l'hôpital sont intégralement pris en charge, tandis qu'en ville, un ticket modérateur s'applique<sup>6</sup>. La part non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire peut alors :

- être directement facturée à l'établissement préleveur ;
- à défaut, être réclamée auprès du donneur, qui peut alors demander un remboursement des frais engagés à l'établissement préleveur.

Il convient par ailleurs de préciser que **les donneuses d'ovocytes**, et elles seules, bénéficient d'un **statut d'affection de longue durée temporaire inscrit sur leur carte vitale**. Celui-ci leur garantit une prise en charge intégrale des frais de santé dans la limite des tarifs opposables, **en ville comme à l'hôpital, pour au plus six mois**.

---

<sup>1</sup> Article L. 1211-9 du code de la santé publique.

<sup>2</sup> Article L. 1211-4 du code de la santé publique.

<sup>3</sup> Scanner, scintigraphie rénale, échographie rénale, prise de sang, consultations de spécialistes pour le don d'organes, consultations médicales, bilan sanguin et paraclinique et typage des antigènes d'histocompatibilité pour le don de cellules hématopoïétiques, consultations de spécialistes, échographie pelvienne, prises de sang pour examens bactériologiques, sérologiques et dosage de l'hormone antimüllérienne, bilan hormonal pour le don d'ovocytes, consultations de spécialistes, caryotype et examens biologiques et sérologiques pour le don d'embryons.

<sup>4</sup> Consultation annuelle, examens médicaux et analyses biologiques pour le don d'organes, consultations annuelles pendant cinq à dix ans pour le don de cellules hématopoïétiques, traitement, soins et hospitalisation, le cas échéant, pour les donneuses d'ovocytes.

<sup>5</sup> Article R. 1211-8 du code de la santé publique.

<sup>6</sup> Contra legem, cf. infra.

• **Hors des frais de santé *stricto sensu***, le régime de neutralité financière du don prévoit, pour les **examens et soins précédant ou suivant le prélèvement ou la collecte et pour les déplacements effectués en vue d'exprimer le consentement** au don<sup>1</sup> :

- une **prise en charge des frais d'hébergement**<sup>2</sup>, sur la base des frais réels encourus, **dans la limite de dix fois le forfait journalier hospitalier** et sur présentation des justificatifs<sup>3</sup> ;

- une **prise en charge des frais de transport**<sup>4</sup>, sur la base du **tarif le moins onéreux**<sup>5</sup> du **moyen de transport**<sup>6</sup> le mieux adapté au déplacement<sup>7</sup>, figurant sur la prescription médicale ;

- une **compensation des pertes professionnelles induites**<sup>8</sup>, sur la base du **manque à gagner réel attesté par l'employeur** ou, pour les indépendants, déduit de la **déclaration de revenus professionnels des trois dernières années**. Cette indemnisation, **complémentaire aux indemnités journalières et aux éventuelles prestations de prévoyance**, se limite à **quatre fois l'indemnité journalière maximale du régime général**, soit 167,8 euros brut par jour<sup>9</sup>.

Ces trois catégories de frais **peuvent également être pris en charge pour un éventuel accompagnant, si tant est que l'état du donneur nécessite l'assistance d'un tiers**. Cela inclut notamment les parents ou représentants légaux pour les donneurs mineurs, ou la personne chargée d'une mesure de protection pour les donneurs majeurs protégés<sup>10</sup>.

**Certains établissements assurent les remboursements d'autres catégories de frais** que celles mentionnées *supra*, mais « *en l'absence de référence réglementaire pour les dépenses de restauration, de garde d'enfants et d'interprétariat, il revient à l'établissement de définir ses propres règles en la matière* »<sup>11</sup>.

L'Agence de la biomédecine a publié, en 2015, **un guide de prise en charge financière des donneurs du corps humain** ayant pour objet d'aiguiller les établissements dans leur politique de prise en charge, et d'informer les donneurs sur leurs droits.

---

<sup>1</sup> Article R. 1211-6 du code de la santé publique.

<sup>2</sup> Article R. 1211-2 du code de la santé publique.

<sup>3</sup> Article R. 1211-4 du code de la santé publique.

<sup>4</sup> Article R. 1211-2 du code de la santé publique.

<sup>5</sup> Article R. 1211-3 du code de la santé publique.

<sup>6</sup> Taxi, véhicule sanitaire léger, train 2<sup>e</sup> classe ou voiture particulière.

<sup>7</sup> La prise en charge du transport aérien étant par exemple conditionnée à un temps de transport minimal de trois heures par d'autres moyens.

<sup>8</sup> Article R. 1211-5 du code de la santé publique.

<sup>9</sup> Voir notamment l'article L. 323-4 du code de la sécurité sociale.

<sup>10</sup> Article R. 1211-7 du code de la santé publique.

<sup>11</sup> Agence de la biomédecine, Guide de prise en charge financière des donneurs du corps humain, 2015.

### **Les exceptions au régime de neutralité financière du don**

**Le régime de neutralité financière du don d'organes, de gamètes et de cellules hématopoïétiques ne s'applique pas au don de sang**<sup>1</sup>. Celui-ci est régi par des dispositions spécifiques, prévoyant la prohibition de « *tout paiement en espèces, toute remise de bons d'achat, coupons de réduction et autres documents permettant d'obtenir un avantage consenti par un tiers, ainsi que tout don d'objet de valeur, toute prestation ou tout octroi d'avantages* » en contrepartie du don<sup>2</sup>.

Toutefois, **le donneur peut bénéficier de marques de reconnaissance, d'une collation**<sup>3</sup>, ou **du remboursement des frais de transport exposés lors du don**<sup>4</sup>. Enfin, il est permis à l'employeur de **maintenir la rémunération sur le temps du don**<sup>5</sup>.

Le régime ne s'applique pas davantage aux **dons de cheveux, d'ongles, de poils et de dents**<sup>6</sup>, qui échappent à toute législation en tant qu'« *il est d'usage de ne pas appliquer l'ensemble des principes* »<sup>7</sup> régissant le don du vivant à ces éléments et produits du corps humain.

Ces dispositions sont, par ailleurs, **complétées par plusieurs articles du code de la sécurité sociale, notamment :**

- l'article L. 160-14 qui, en son 18<sup>o</sup>, **prévoit une exonération**<sup>8</sup> **du ticket modérateur pour les donneurs** « *en ce qui concerne l'ensemble des frais engagés au titre du prélèvement d'éléments du corps humain et de la collecte de ces produits* » ;

- l'article L. 174-4, qui **permet la solvabilisation par l'assurance maladie du forfait journalier dû par les donneurs lorsqu'ils sont admis dans des établissements hospitaliers ou médico-sociaux** ;

- l'article L. 160-13, complété par l'article R. 160-17-1, qui permettent **l'exonération du forfait patients urgences pour les donneurs, lorsque le passage aux urgences est en lien avec le don.**

---

<sup>1</sup> Article R. 1211-1 du code de la santé publique.

<sup>2</sup> Article D. 1221-1 du code de la santé publique.

<sup>3</sup> Article D. 1221-3 du code de la santé publique.

<sup>4</sup> Article D. 1221-4 du code de la santé publique.

<sup>5</sup> Article D. 1221-2 du code de la santé publique.

<sup>6</sup> Article R. 1211-49 du code de la santé publique.

<sup>7</sup> Article L. 1211-8 du code de la santé publique.

<sup>8</sup> Voir également l'article R. 160-17 du code de la sécurité sociale.

### **La compensation aux établissements du principe de neutralité financière**

La prise en charge des frais afférents au prélèvement et à la collecte par les établissements de santé est **financée par des forfaits spécifiques** – le forfait annuel greffe organes et le forfait annuel greffe pour les cellules souches hématopoïétiques – **mais aussi par les circuits de financement classiques pour ce qui concerne les actes facturables à l'assurance maladie**. Ces forfaits couvrent notamment la **gestion du principe de neutralité financière du don**, et le **remboursement des différentes catégories de frais évoquées supra au donneur**.

Le **forfait annuel greffe organes** représente un montant de **76,2 millions d'euros en 2026**, et le **forfait annuel greffe pour les cellules souches hématopoïétiques s'établit à 36,1 millions d'euros** la même année, selon les administrations centrales auditionnées. Celles-ci précisent toutefois que « *ces forfaits financent de manière plus générale l'activité de greffe et non uniquement les frais pris en charge pour les donneurs* »<sup>1</sup>, **qui en constituent une part modeste**.

## **2. Un principe de neutralité financière toutefois inabouti, tant dans sa conception même que dans son application**

Toutefois, **le principe de neutralité financière du don d'organes par les vivants apparaît aujourd'hui inabouti**, que ce soit dans sa conception même ou dans son application.

### *a) Un principe inabouti dans sa conception*

- **Dans la conception du principe, deux principaux angles morts** privent la neutralité financière réelle du don d'organes d'une portée absolue : **les participations forfaitaires et franchises, d'une part, et le délai de carence, d'autre part, restent applicables au donneur en toutes circonstances**. Ces sujets sont décrits plus en détail dans les commentaires des articles 2 et 3 de la présente proposition de loi.

- Au-delà de cela, bien que le principe de neutralité financière bénéficie d'un champ assez large, **celui-ci ne couvre pas l'intégralité des frais directement causés** par la préparation, la réalisation ou le suivi du prélèvement ou de la collecte. Il en va ainsi **des frais de bouche, d'interprétariat ou de garde d'enfants**, non expressément visés par la réglementation en vigueur.

- De la même manière, **la couverture des pertes de revenus ne revêt pas de portée absolue**. Au-delà de la question du plafonnement de la prise en charge, qui fait obstacle à l'atteinte de la neutralité pour les donneurs les plus aisés, le guide de prise en charge de l'Agence de la biomédecine rappelle que « *les commerçants et gérants d'entreprise doivent impérativement anticiper les conséquences de leur arrêt de travail car aucun texte réglementaire en lien avec le don du vivant ne prévoit de compensation en cas de diminution du chiffre d'affaires de leur entreprise* »<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Réponses écrites de la DGS, la DGOS et la DSS au questionnaire du rapporteur.

<sup>2</sup> Agence de la biomédecine, Guide de prise en charge financière des donneurs du corps humain, 2015.

- Dans un sens plus large, **l'application de dépassements d'honoraires sur les actes en lien avec le don**, réalisés en ville ou en établissement dans le cadre d'une activité libérale, apparaît également porter atteinte au principe de neutralité financière.

De telles pratiques tarifaires **ne peuvent en effet être solvabilisées dans le cadre du mécanisme de gestion de la neutralité financière du don**, et ne le sont pas systématiquement ni intégralement par la complémentaire santé du donneur. **Elles peuvent donc faire encourir au donneur un reste à charge médical sur des actes en lien avec le prélèvement ou la collecte.**

*b) Un cadre normatif insuffisamment appliqué*

- **Se superposent à cela des difficultés et des freins dans l'application du principe de neutralité financière tel que résultant du corpus législatif et réglementaire en vigueur.** Dans les faits, si « *dès lors que le parcours de don est réalisé exclusivement au sein de l'établissement préleveur, la neutralité financière devrait être effective* »<sup>1</sup>, l'application de ce principe est « *beaucoup moins sécurisée dès que l'on sort de l'hôpital* »<sup>2</sup>, selon Renaloo, dès lors qu'« *une avance est souvent demandée au donneur, avant remboursement par l'établissement préleveur* ».

Hors de la prise en charge des frais de santé encourus au sein de l'établissement préleveur, **la gestion de la neutralité financière par les hôpitaux est décriée par les associations de patients**, et les établissements eux-mêmes **reconnaissent rencontrer des difficultés.**

- Les associations regrettent, d'abord, **des délais de remboursement importants et en augmentation**, « *entre trois et six mois* » selon France Rein. Ces délais induisent une **longue avance de frais pour le donneur**, portant parfois sur des **montants élevés**. Les avances de frais apparaissent **particulièrement dissuasives pour l'hébergement, le transport et la perte de rémunération**. Au contraire, elles sont très rares voire inexistantes sur les frais de santé encourus au sein de l'établissement préleveur.

- Les associations **font également état de réticences voire de refus de prise en charge financière par les hôpitaux**, en contravention avec la législation ou la réglementation en vigueur, au premier chef **sur les frais remboursables en dehors du champ des dépenses de santé**. En effet, **tous les établissements ne témoignent pas d'un niveau d'information satisfaisant sur le cadre de la neutralité financière du don**, malgré la publication du guide de prise en charge précité il y a maintenant plus de dix ans. En conséquence, Renaloo relève que « *les donneurs peuvent être mal accueillis ou orientés, même involontairement, voire soupçonnés de demander un remboursement excessif, alors qu'ils demandent seulement l'application de leurs droits. Ces situations, fréquentes, sont en contradiction avec l'attitude d'exemplarité que la société devrait avoir envers les donneurs vivants* »<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Réponses écrites de la Cnam au questionnaire du rapporteur.

<sup>2</sup> Réponses écrites de Renaloo au questionnaire du rapporteur.

<sup>3</sup> Réponses écrites de Renaloo au questionnaire du rapporteur.

• De cette méconnaissance surgit également **un manque d'uniformité dans la gestion des remboursements, qui tend à se muer en une rupture d'équité entre les donneurs**. Ainsi, seuls certains hôpitaux acceptent de prendre en charge les frais de garde d'enfants ou les frais de bouche. De la même façon, **le degré d'exigence des justificatifs à apporter pour ouvrir droit à la prise en charge varie considérablement d'un établissement à l'autre**, certains hôpitaux étant réputés pour une procédure particulièrement lourde. À cet égard, France Rein décrit un « *dossier complexe* » et des « *justificatifs parfois excessifs* »<sup>1</sup>, tandis que Renaloo regrette que « *l'application du principe de neutralité financière dépend[e] trop souvent de l'établissement, du service, du référent identifié, de la connaissance du sujet par les équipes administratives, et de la capacité du donneur à produire ses justificatifs sous les formes et délais exigés, ainsi qu'à relancer* »<sup>2</sup>.

#### **La contribution écrite de Renaloo sur les difficultés rencontrées par les patients**

Les difficultés financières rencontrées par les donneurs vivants doivent être comprises dans le temps long du parcours. Le don ne commence pas le jour de l'intervention. Il commence souvent plusieurs mois auparavant, avec la décision de se porter volontaire, les premiers échanges avec le receveur, les consultations, les examens biologiques, l'imagerie, le comité donneur vivant, le recueil du consentement, les déplacements, parfois l'hébergement, parfois l'absence du travail. Il se poursuit avec l'intervention, la convalescence, l'arrêt de travail, le retour à la vie personnelle et professionnelle, puis le suivi annuel.

Dans ce parcours, la difficulté ne se situe pas uniquement au niveau du reste à charge final. L'illisibilité des circuits, l'avance de frais, le morcellement des interlocuteurs et la charge administrative constituent des obstacles qui s'accumulent injustement sur le parcours des donneurs vivants.

Au quotidien, les donneurs vivants nous remontent des remboursements trop lents, des non-remboursements, des pertes de salaire, des difficultés avec les employeurs, des carrières contrariées, des plaintes sur le suivi médical et une demande forte de reconnaissance. Le donneur peut devoir avancer des frais, parfois lourds, notamment pour des déplacements éloignés, comprendre des circuits de remboursement, chercher le bon interlocuteur, justifier des dépenses, attendre des remboursements, perdre des primes, absorber une baisse d'activité, négocier avec son employeur, subir un délai de carence, mobiliser des congés, gérer des soins ou examens de suivi.

*Source : Réponses écrites de Renaloo au questionnaire du rapporteur*

• **Les établissements de santé ne nient pas ces difficultés.** Les hôpitaux invoquent, d'abord, **la dégradation de leur situation de trésorerie pour expliquer la longueur des délais de remboursement.**

<sup>1</sup> Réponses écrites de France Rein au questionnaire du rapporteur.

<sup>2</sup> Réponses écrites de Renaloo au questionnaire du rapporteur.

Ils dénoncent également **la lourdeur de la charge qui leur incombe, consommatrice de temps administratif, mais aussi de temps soignant.** Celle-ci est d'autant plus élevée que les volumes de donneurs sont faibles, **faisant obstacle à la constitution d'une expertise suffisante pour accélérer le traitement.** Il convient de rappeler que cette mission est tout à fait originale pour les hôpitaux, **dont le rôle premier est de soigner la population qui en a besoin, et non d'assurer la prise en charge de frais pour le compte d'assurés sociaux.**

- En plus de cela, l'attribution aux établissements préleveurs du mécanisme de garantie de la neutralité financière du don **n'a pas incité l'assurance maladie à développer des manières d'identifier les donneurs** pour leur faire bénéficier, en ville, du régime de prise en charge particulière auquel ils sont éligibles, **aggravant les difficultés de gestion** rencontrées par les hôpitaux pour la prise en charge des frais des donneurs hors soins en établissements.

Les administrations centrales concèdent qu'« *en l'absence de données identifiantes d'un donneur vivant dans les bases de l'Assurance maladie (en dehors des donneuses d'ovocytes, qui bénéficient d'un statut d'affection longue durée liée à leur carte vitale)* », les garanties associées à la neutralité financière du don en ville demeurent, dans les faits, **largement inappliquées par l'assurance maladie, charge à l'établissement préleveur d'en assumer les conséquences.**

Les administrations centrales indiquent, par exemple, que l'exonération de ticket modérateur prévue au 18° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale « *n'est pas nécessairement automatiquement appliquée dès lors que des prises en charge ont lieu en ville, et auprès de professionnels n'ayant pas nécessairement connaissance du statut de donneur. L'absence d'existence d'un code d'exonération spécifique rend difficile l'évaluation de l'application ou non de cette exonération* »<sup>1</sup>.

### **3. Malgré le principe de neutralité financière, des restes à charge substantiels persistent donc, au détriment des donneurs**

Les données disponibles démontrent que **l'objectif de neutralité financière du don demeure imparfaitement atteint, de nombreux donneurs continuant de faire face à des restes à charge, à des avances de frais importantes ou à des difficultés de remboursement.**

L'étude QV-DV, réalisée en 2011 par l'Agence de la biomédecine en partenariat avec le Centre hospitalier régional universitaire de Nancy, a mis en évidence **l'ampleur de ces difficultés. Un donneur de rein sur cinq déclarait rencontrer des problèmes de remboursement et la même proportion estimait avoir subi un préjudice financier à la suite du don.**

---

<sup>1</sup> Réponses écrites de la DGS, de la DGOS et de la DSS au questionnaire du rapporteur.

- Les conséquences financières de ces dysfonctionnements sont loin d'être marginales. La perte de revenus liée aux absences professionnelles est l'un des principaux postes concernés : **elle concernait un donneur sur quatre**, pour un **montant moyen** s'élevant à **1 567 euros**, avec une **médiane** à **725 euros**.

- L'étude souligne également **l'importance des avances de frais supportées par les donneurs**. Avant même la réalisation du don, un **donneur sur deux** avait déjà été amené à avancer des frais, pour un **montant moyen de 488,90 euros**. Lors du suivi post-don, **quatre donneurs sur dix** avaient avancé des sommes destinées à financer des examens médicaux ou des déplacements, pour un **montant moyen de 431,90 euros**, et un montant maximal de 2 000 euros.

- L'étude met, enfin, en lumière les **difficultés rencontrées par les donneurs pour obtenir remboursement des frais avancés** : **11,7 % d'entre eux** déploraient des **délais de prise en charge excessivement longs**, et **7,3 % des refus de prise en charge**.

- **Bien que ces données soient anciennes, rien n'indique que les difficultés constatées soient en résorption**. L'association Renaloo dit être « *très régulièrement sollicitée par les donneurs, ou les receveurs, [sur des] cas de retards de remboursement, [de] restes à charge et [sur des] difficultés de remboursements* »<sup>1</sup>.

### C. Le dispositif proposé : le transfert à l'assurance maladie de la gestion des remboursements au titre du principe de neutralité financière du don, et l'extension de son champ

L'article 1<sup>er</sup> de la proposition de loi apporte **trois modifications** à l'article L. 1211-4 du code de la santé publique, relatif à la gratuité et à la neutralité du don.

Ses 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> étendent le **principe de neutralité financière du don**. Le 1<sup>o</sup> prévoit que ce principe **s'applique désormais aux frais « de toute nature » associés au don**, tandis que le 2<sup>o</sup> précise que ces frais peuvent être encourus **au titre de la préparation, de la réalisation ou du suivi du prélèvement ou de la collecte**, et également au titre des soins qui en résulteraient.

Son 3<sup>o</sup> transfère de l'établissement chargé d'assurer le prélèvement ou la collecte à l'assurance maladie la **gestion des remboursements dans le cadre du principe de neutralité financière du don**.

---

<sup>1</sup> Réponses écrites de Renaloo au questionnaire du rapporteur.

## II - La position de la commission

### A. Sur le don et le don du vivant en général

- La commission souhaite rappeler **l'attachement de longue date du Sénat au développement du don d'éléments ou produits du corps humain**, qu'il s'agisse du don *post-mortem* ou du don entre vifs.

C'est en effet un **sénateur, Henri Caillavet**, qui a été à l'initiative de **la première grande loi fixant les principes fondamentaux du don d'organes**, qui fête son **cinquantième anniversaire cette année**.

Cette **filiation particulière** confère à notre assemblée une **responsabilité singulière** : celle de **poursuivre les efforts engagés afin de lever les obstacles qui freinent encore aujourd'hui le recours au don**.

- La commission se montre, à ce titre, **très préoccupée par l'atonie du développement du don en France**. Elle regrette que les objectifs du plan greffe 2022-2026 **ne puissent vraisemblablement pas être atteints**, tant en ce qui concerne le nombre de greffes réalisées qu'en ce qui concerne la part du don du vivant.

Alors que la France a été **pionnière en réalisant une greffe de rein dès 1952**, elle accuse désormais du retard sur certains de ses voisins européens, à commencer par **l'Espagne**.

#### **L'exemple espagnol : un choix politique assumé**

Conséquence d'un **choix politique constant et assumé en faveur du don** depuis plus de trente ans, l'Espagne est devenue une référence internationale en matière de greffe.

Ce choix s'est traduit par une **organisation hospitalière adaptée**, des ressources humaines dédiées, des professionnels spécifiquement formés, des coordinations hospitalières renforcées et une **priorisation explicite de la transplantation dans les politiques de santé**. Le don et la greffe y sont considérés comme une mission prioritaire des établissements de santé et bénéficient des moyens nécessaires à leur développement.

Les résultats sont éloquents. En 2024, **l'Espagne comptait près de deux fois plus de donneurs décédés prélevés par million d'habitants que la France** (52 contre 28). Les délais d'attente pour une greffe y sont significativement plus courts et **les décès de patients inscrits sur liste d'attente sont devenus exceptionnels**, alors qu'ils demeurent nombreux dans notre pays.

Pour la commission, cette comparaison rappelle une réalité simple : les progrès observés en matière de greffe **ne relèvent pas de la fatalité démographique ou culturelle**. Ils résultent d'une **volonté politique, d'une organisation adaptée et d'un investissement durable**. Le développement du don du vivant doit ainsi être regardé comme une priorité de santé publique à part entière.

• Ce retard s'explique, d'abord, par un **manque de priorisation politique**, malgré les **bénéfices considérables de la greffe pour les patients comme pour les finances publiques**. En résultent des moyens humains et financiers souvent **insuffisants**, ainsi qu'une **sensibilisation encore inégale des professionnels de santé aux enjeux du prélèvement et de la transplantation**.

Les équipes de transplantation demeurent, de plus, confrontées à des **difficultés récurrentes d'accès aux blocs opératoires** et aux ressources hospitalières nécessaires à leur activité, dans un contexte de tension généralisée sur les capacités de soins.

Dans le même temps, **le recours à la dialyse conserve une place prépondérante** dans la prise en charge de l'insuffisance rénale, alors même que la greffe offre, dans la majorité des situations, **de meilleurs résultats en termes de qualité de vie, de survie et d'efficacité économique**.

Cette situation appelle une **mobilisation renouvelée des pouvoirs publics afin de faire de la greffe une véritable priorité de santé publique**.

• Un **travail de pédagogie est également nécessaire** auprès de nos concitoyens. Alimentées par la progression de la défiance vis-à-vis de la science depuis la pandémie de covid-19, de nombreuses idées reçues continuent de circuler. **Elles constituent autant de freins au don en amplifiant le taux de refus**, qui s'établit à un niveau particulièrement élevé - 37 % en 2025.

Il convient donc de rappeler, dans l'opinion, que le prélèvement d'organes sur une personne décédée est réalisé dans des conditions **garantissant le respect et l'intégrité du corps**, et est associé à un travail remarquable **de reconstruction et de restauration**. De même, il importe de faire savoir **qu'aucune des trois grandes religions monothéistes ne réprouve cette pratique**.

Dans la même veine, il est indispensable d'amener les assurés à **davantage communiquer avec leurs proches sur ce sujet**, certes difficile : de trop nombreux **refus de prélèvements** sont opposés à l'initiative des familles, **par précaution et par méconnaissance de la position du défunt** sur le don, même en l'absence d'inscription sur le registre national des refus.

Pour développer le don du vivant, de meilleur pronostic et associé à de moindres délais d'attente, la commission considère, enfin, que **l'information délivrée aux donneurs doit être complète et transparente quant aux garanties qui leur sont reconnues**. Le principe de neutralité financière constitue à cet égard une condition essentielle du développement du don du vivant.

**La commission salue donc l'initiative portée par cette proposition de loi, qui s'attache à renforcer les garanties associées au principe de neutralité financière du don.**

**B. Sur le transfert à l'assurance maladie de la gestion du principe de neutralité financière du don**

• Historiquement, le choix du législateur de confier aux établissements chargés du prélèvement ou de la collecte **la gestion du principe de neutralité financière** s'expliquait, selon les débats parlementaires, par la **concentration du parcours du donneur au sein de l'établissement préleveur**. L'objectif ainsi poursuivi était **d'éviter autant que faire se peut à l'assuré d'avoir à avancer des frais**, à une époque où le tiers-payant restait peu répandu.

En outre, l'acceptation du principe d'anonymat du donneur était, à l'époque, **plus large qu'elle ne l'est aujourd'hui** : jusqu'en 2009, il était ainsi fait **interdiction à l'établissement de santé de facturer à l'assurance maladie le séjour des donneurs** pour préserver l'anonymat de ces derniers.

Compte tenu des évolutions intervenues depuis 2004, notamment la **montée en puissance de la ville dans les parcours de soins du donneur**, il est permis de s'interroger sur la **pertinence de maintenir l'attribution de la gestion du principe de neutralité financière aux hôpitaux** chargés du prélèvement.

Ce, d'autant plus que les auditions conduites ont démontré **tout l'écart entre la promesse de la neutralité financière du don et la réalité vécue par les donneurs**, marquée par les longs délais de remboursement, voire les refus de prise en charge.

• Comme le note très justement Renaloo, « *le principal défaut du système actuel est qu'il confie aux hôpitaux une mission pour laquelle ils ne sont pas réellement organisés : rembourser des frais à des usagers. L'hôpital sait évaluer un donneur, organiser un bilan, opérer, suivre, soigner. En revanche, il n'est pas un organisme de gestion de droits sociaux, de tiers payant, de remboursement rapide de frais de transport, d'hébergement, de soins de ville ou de perte de revenus* »<sup>1</sup>.

**Les établissements de santé déplorent la lourdeur de la gestion des remboursements au titre de la neutralité financière du don**

Dans un contexte marqué par de fortes contraintes humaines et financières, les établissements déplorent d'ailleurs eux-mêmes la charge que représente la gestion des remboursements au titre de la neutralité financière, consommatrice en temps administratif, mais aussi en temps soignant. Ces derniers ont donc confirmé être favorables, dans l'esprit, à un transfert de ces missions à l'assurance maladie. Les établissements de santé doivent d'abord s'atteler à assurer la mission principale qui leur est confiée : le soin des patients.

<sup>1</sup> Réponses écrites de Renaloo au questionnaire du rapporteur.

L'assurance maladie, dont le cœur de métier consiste précisément à gérer la prise en charge des frais de millions d'assurés, parfois selon des règles très complexes, serait indubitablement mieux à même que les hôpitaux d'assumer la gestion du principe de neutralité financière du don. En ce sens, une amélioration considérable des délais de remboursement ainsi qu'une uniformisation de la politique menée sont à attendre de l'application de l'article 1<sup>er</sup>.

- S'il est vrai que la prise en charge des pertes de revenus ou des frais d'hébergement est inhabituelle pour l'assurance maladie, la commission observe toutefois que de tels frais peuvent être indirectement rattachés à des catégories de prestations existantes, comme les indemnités journalières ou l'hébergement temporaire non médicalisé. **Aucun obstacle technique insurmontable ne s'y oppose donc**, d'autant que le faible volume de donneurs peut permettre une **gestion attentionnée**, presque sur mesure, de leurs demandes.

Pour autant, la commission partage le point de vue des administrations centrales, selon lesquelles, *« afin de rendre effective l'application de la neutralité financière pour les donneurs vivants, la création de modalités d'identification des donneurs semble nécessaire. Cette identification nécessitera des évolutions des systèmes d'information de l'Assurance maladie, qui ne pourront être réalisés à court terme »*<sup>1</sup>.

- L'objectif de cette proposition de loi **n'étant nullement de déstabiliser la prise en charge des frais** liés aux dons d'éléments et produits du corps humain, la commission a prévu une **entrée en vigueur différée** afin de laisser l'assurance maladie procéder avec sérénité aux évolutions nécessaires de ses systèmes d'information.

L'amendement COM-12 du rapporteur, adopté par la commission, fixe donc **l'entrée en vigueur de l'article 1<sup>er</sup> au plus tard deux ans après la promulgation du texte**. Cette échéance, **suffisamment souple pour éviter tout risque de rupture de prise en charge pour les donneurs et suffisamment proche pour répondre à l'urgence d'améliorer leur prise en charge**, pourra être hâtée par décret si l'assurance maladie est prête à assumer ses nouvelles missions plus tôt qu'exigé.

La commission note, à ce titre, que la mise en place, à l'article 2, d'un **véritable statut du donneur** sur le modèle de celui des victimes d'attentats contribuera utilement à **renforcer les capacités d'identification des publics et des actes concernés** par le régime de neutralité financière du don.

---

<sup>1</sup> Réponses écrites de la DGS, de la DGOS et de la DSS au questionnaire du rapporteur.

### C. Sur l'extension du champ de la neutralité financière du don

La commission a accueilli favorablement la proposition, à l'article 1<sup>er</sup>, **que soient pris en charge les frais de toute nature afférents à la préparation, à la réalisation, au suivi et aux suites du don.**

Elle regrette le **manque d'uniformité des champs ouverts à la prise en charge entre les établissements**, source d'iniquité pour les donateurs, et **forme le vœu qu'un nivellement par le haut soit opéré concomitamment au transfert de la prise en charge à l'assurance maladie**, permettant de couvrir les frais de garde et les frais de bouche.

Elle souscrit à la position de Renaloo, qui estime que la neutralité financière du don « *doit inclure les frais médicaux et hospitaliers, mais aussi les frais de ville, les actes biologiques et d'imagerie, les médicaments, les transports, l'hébergement, les repas, les frais liés à un accompagnant lorsque sa présence est nécessaire, la garde d'enfant, l'aide à domicile, la compensation des pertes de revenus, les frais liés au suivi annuel, les soins post-don et les conséquences d'une complication* », mais **renvoie, sur ce sujet, le pouvoir réglementaire à ses responsabilités**, la définition précise des postes de prise en charge échappant à la compétence du législateur.

**La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

#### *Article 2*

### **Non-applicabilité de la participation forfaitaire et de la franchise aux actes et produits en lien avec un don ou un prélèvement**

*Cet article vise à ne pas appliquer la participation forfaitaire et la franchise aux actes et produits en lien avec un don ou un prélèvement pour les vivants, afin de garantir une neutralité financière réelle du don d'éléments du corps humain.*

*La commission a adopté cet article modifié par quatre amendements de son rapporteur, dont l'un porte création d'un statut de donneur du vivant afin d'uniformiser les règles de prise en charge applicables et d'améliorer le suivi de la population concernée.*

## I – Le dispositif proposé

### A. La participation forfaitaire et la franchise annuelle consistent en des prélèvements venant minorer le montant remboursé par l'assurance maladie pour favoriser la responsabilisation des assurés

#### 1. La participation forfaitaire et la franchise, des forfaits restant à la charge du patient pour inciter à la responsabilité dans la mobilisation du système de soins

- Deux dispositifs mettent à la charge de l'assuré des montants sur sa consommation de soins : la **participation forfaitaire**<sup>1</sup> et la **franchise annuelle**<sup>2</sup>, aussi appelée franchise médicale.

Ces dispositifs poursuivaient à l'origine **un objectif de responsabilisation des assurés**, en garantissant que ceux-ci s'acquittent d'un montant, **même symbolique**, à **chaque fois qu'ils mobilisaient le système de santé**. S'il est permis de penser, au vu des **évolutions récentes**<sup>3</sup>, que le Gouvernement **poursuit désormais également une logique de rendement** avec ces contributions, l'objectif initial a – du moins sur le plan sémantique – **récemment été réaffirmé par la ministre** de la santé qui les a renommés « *forfaits de responsabilité* » dans le débat public à l'occasion de l'examen de la **dernière loi de financement de la sécurité sociale**.

- Afin de **servir l'objectif de responsabilisation** qui leur est assigné, ces montants, qui viennent en déduction du montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire, **ne peuvent faire l'objet d'une prise en charge par les complémentaires santé** dans le cadre d'un contrat responsable<sup>4</sup>. Dès lors que **près de 97 % de la population couverte** l'est par un contrat suivant un tel régime, **l'application des franchises et participations forfaitaires se traduit, dans les faits, par un reste à charge supporté par le patient**.

- Il convient de **distinguer ces dispositifs du ticket modérateur**<sup>5</sup>, qui désigne la **part des frais de santé non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire**. Celui-ci peut en effet être solvabilisé par les complémentaires santé, et doit même l'être intégralement, sauf exceptions<sup>6</sup>, dans le cadre du **contrat responsable**.

---

<sup>1</sup> II de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

<sup>2</sup> III de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

<sup>3</sup> Cf. infra.

<sup>4</sup> Article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

<sup>5</sup> I de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

<sup>6</sup> Il s'agit des cures thermales, des médicaments à service médical rendu faible ou moyen et traitant des affections sans caractère habituel de gravité, et des spécialités homéopathique, aux termes de l'article R. 871-2 du code de la sécurité sociale.

### **Exemple illustratif sur la notion de ticket modérateur et de participation forfaitaire**

Pour une consultation chez le médecin généraliste, le tarif opposable pour l'assurance maladie obligatoire est de 30 euros, et le taux de remboursement applicable est de 70 % en cas de respect du parcours de soins coordonnés. En multipliant ces deux chiffres, on obtient la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, soit 21 euros.

En retranchant ce montant au prix payé par l'assuré, on obtient le ticket modérateur. Si le médecin est conventionné secteur 1, celui-ci est donc égal à 9 euros. Ce montant peut être pris en charge, tout ou partie, par l'assurance maladie complémentaire.

En déduction des 21 euros ouverts à la prise en charge de l'assurance maladie s'applique la participation forfaitaire de 2 euros : la sécurité sociale ne prend donc, *in fine*, en charge que la différence, soit 19 euros, à l'assuré.

Le reste à charge du patient est donc égal aux deux euros correspondant à la participation forfaitaire auxquels peut s'ajouter, le cas échéant, tout ou partie du ticket modérateur de 9 euros.

## **2. La participation forfaitaire et la franchise couvrent un vaste champ de frais de santé et peuvent provoquer un reste à charge annuel d'au plus cent euros**

- Créée par la **loi du 13 août 2004** relative à l'assurance maladie<sup>1</sup>, la **participation forfaitaire frappe chaque acte ou consultation médical pris en charge par l'assurance maladie obligatoire hors le cadre d'une hospitalisation, qu'il soit réalisé en ville ou en établissement**, ainsi que les **actes de biologie médicale**.

La **franchise**, légèrement postérieure **puisque instituée par la LFSS pour 2008<sup>2</sup>**, s'applique quant à elle **aux actes des auxiliaires médicaux et aux médicaments dispensés hors le cadre d'une hospitalisation, au transport sanitaire non urgent** et, depuis la LFSS pour 2020<sup>3</sup>, à **certaines prestations effectuées par des pharmaciens d'officine**.

Au total, les « forfaits de responsabilité » **couvrent donc l'ensemble des dépenses de santé réalisées hors du cadre d'une hospitalisation**, à l'exception de la **dispensation de dispositifs médicaux, des actes des chirurgiens-dentistes et de ceux des sages-femmes**. Le Gouvernement a, d'ailleurs, avec l'article 18 du dernier projet de loi de financement de la sécurité sociale, **souhaité étendre respectivement la franchise et la participation forfaitaire à ces deux premières catégories** – une évolution finalement abandonnée en raison de **l'opposition du Parlement**.

<sup>1</sup> Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

<sup>2</sup> Article 52 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

<sup>3</sup> Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

- Les **montants unitaires** de la franchise et de la participation forfaitaire, sont **restés constants de leur introduction à 2023** : chaque participation forfaitaire se traduisait par une déduction d'un euro sur le remboursement de l'assurance maladie, et chaque franchise par une retenue de 50 centimes, sauf pour le transport sanitaire, au titre duquel elle atteignait deux euros.

Toutefois, dans le cadre du PLFSS pour 2024, le Gouvernement **a affirmé son intention de doubler les montants** de la participation forfaitaire et de la franchise annuelle, **mise en exécution** par la suite avec un décret en Conseil d'État<sup>1</sup> et un décret<sup>2</sup> du 16 février 2024.

Ainsi, depuis le **31 mars 2024**, le **montant de la franchise atteint un euro**<sup>3</sup> pour les actes paramédicaux et les médicaments, et **quatre euros pour les transports sanitaires** ; et depuis le 15 avril 2024, celui de la **participation forfaitaire s'établit à deux euros**<sup>4</sup> par consultation ou acte.

Un **nouveau projet de doublement du montant et du plafond**<sup>5</sup> des franchises et participations forfaitaires a été **envisagé par le Gouvernement dans le cadre du dernier PLFSS**, mais ce dernier a été contraint d'y renoncer, **faute de majorité susceptible de soutenir un texte faisant figurer une telle mesure parmi ses sous-jacents**.

- Les **franchises médicales et participations forfaitaires** sont, en principe, **recouvrées par imputation sur les prestations versées par l'assurance maladie**. Leur montant est ainsi **déduit des remboursements ultérieurs de frais de santé** effectués en l'absence de tiers payant **ou des prestations en espèces versées à l'assuré**, telles que les indemnités journalières ou les pensions d'invalidité.

Lorsque ce recouvrement ne peut être effectué par ce biais – notamment lorsque l'assuré bénéficie du tiers payant pour l'ensemble de ses soins et ne perçoit aucune prestation en espèces –, l'assurance maladie adresse à l'assuré **un avis des sommes à payer**.

- Afin de **préserver les assurés de restes à charge trop importants**, le législateur<sup>6</sup> a prévu des **plafonds quotidien et annuel** aux montants déductibles des remboursements de l'assurance maladie au titre de la participation forfaitaire et de la franchise.

---

<sup>1</sup> Décret n° 2024-113 du 16 février 2024, pour la participation forfaitaire, encadrant son montant entre deux et trois euros, complété par la décision du 21 mars 2024 fixant le taux de la participation forfaitaire des assurés sociaux aux frais de santé en application du II de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale fixant le montant de la participation forfaitaire à deux euros.

<sup>2</sup> Décret n° 2024-114 du 16 février 2024, pour la franchise médicale.

<sup>3</sup> Article D. 160-9 du code de la sécurité sociale.

<sup>4</sup> Article R. 160-19 du code de la sécurité sociale.

<sup>5</sup> Voir infra.

<sup>6</sup> II et III de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

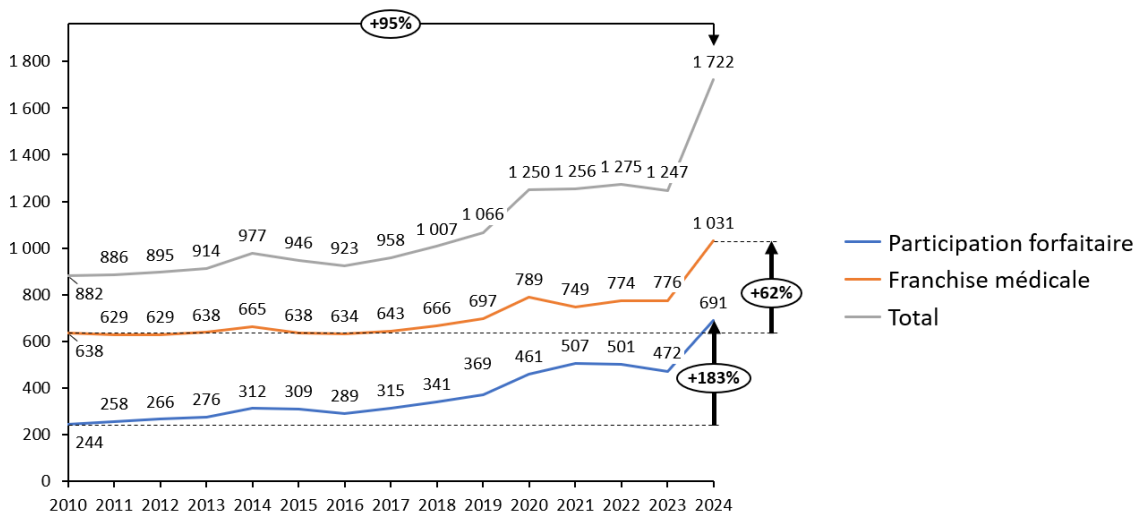
Des plafonds annuels de participation forfaitaire et de franchise s'appliquent ainsi, fixés à **cinquante euros par contribution**<sup>1</sup>. Au total, le reste à charge assumé chaque année au titre des participations forfaitaires et des franchises **ne saurait donc excéder cent euros**.

**Au plus quatre participations forfaitaires**<sup>2</sup> peuvent être facturées par un professionnel **sur une même journée**, tandis que le **montant de franchise exigible est plafonné à quatre euros par jour** sur les actes des auxiliaires médicaux, et à **huit euros sur le transport sanitaire**.

### Les moindres dépenses suscitées par les participations forfaitaires et franchises avoisinent 1,7 milliard d'euros en 2024

Sur le champ du seul régime général, les **participations forfaitaires et franchises ont suscité 1,7 milliard d'euros d'économies constatées** pour l'assurance maladie en 2024, répartis entre **0,7 milliard d'euros pour les premières, et 1,0 milliard d'euros pour les secondes**. L'année 2024, marquée par le **doublement du montant de ces prélèvements**<sup>3</sup>, est caractérisée par une **hausse de près de 50 %** des économies générées.

### Montant d'économies constatées générées par les franchises et participations forfaitaires depuis 2010



Champ : régime général.

Source : Commission des affaires sociales du Sénat d'après les données du Repss Maladie 2025

<sup>1</sup> Article D. 160-10 du code de la sécurité sociale pour la franchise et article D. 160-6 du code de la sécurité sociale pour la participation forfaitaire.

<sup>2</sup> Article D. 160-7 du code de la sécurité sociale.

<sup>3</sup> Cf. supra.

*B. L'assiette de ces prélèvements est large et inclut notamment les actes et produits dispensés en lien avec un prélèvement ou une collecte d'éléments du corps humain, en contradiction flagrante avec le principe de neutralité financière qui le régit*

**1. Une assiette large, marquée par un nombre limité d'exonérations**

Afin de **préserver l'objectif d'une responsabilisation** des assurés dans leur recours au système de soins, indépendamment de leur situation, **la participation forfaitaire et la franchise annuelle s'appliquent à un large public**. Ainsi, si près de trente cas d'exonération de ticket modérateur sont listés dans la loi<sup>1</sup>, **le législateur n'a admis que six situations dans lesquelles les forfaits de responsabilité n'étaient pas exigibles pour l'assuré**. Il en va ainsi :

- des **mineurs d'âge**<sup>2</sup> ;

- des bénéficiaires de la **complémentaire santé solidaire**<sup>3</sup> ;

- des bénéficiaires de **l'aide médicale d'État**<sup>4</sup> ;

- des femmes bénéficiant de **l'assurance maternité**<sup>5</sup>, applicable à l'ensemble des frais de santé entre le début du sixième mois de grossesse et le douzième jour après l'accouchement ainsi qu'à certains frais encourus au titre de la grossesse à compter de la déclaration de grossesse ;

- des **victimes d'actes de terrorisme**, pour ce qui concerne les prestations, actes et consultations en résultant<sup>6</sup> ;

- des **invalides de guerre**.

La **proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir**, dans sa version adoptée par l'Assemblée nationale en deuxième lecture, **ajoute à cette liste les frais relatifs à l'aide à mourir**<sup>7</sup>.

Les franchises et participations forfaitaires s'appliquent ainsi notamment, **dans la limite des plafonds prévus**, aux assurés présentant une **affection de longue durée**.

---

<sup>1</sup> Article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

<sup>2</sup> Article L. 160-15 du code de la sécurité sociale.

<sup>3</sup> Article L. 160-15 du code de la sécurité sociale.

<sup>4</sup> Article L. 251-2 du code de l'action sociale et des familles.

<sup>5</sup> Article L. 160-9 du code de la sécurité sociale.

<sup>6</sup> Article L. 169-2 du code de la sécurité sociale.

<sup>7</sup> Article 18 de la proposition de loi relative au droit à l'aide à mourir.

**2. Les donneurs vivants d'éléments ou produits du corps humain subissent donc un reste à charge en raison de l'application des participations forfaitaires et franchises, en contravention avec le principe de neutralité du don**

Il n'existe, à ce jour, **aucune disposition rendant inapplicables les franchises et participations forfaitaires pour les donneurs d'éléments du corps humain**, y compris sur les actes et produits présentant un lien direct avec le don.

Si la Caisse nationale de l'assurance maladie estime **plausible** que celles-ci ne soient **pas systématiquement prélevées** dans le cadre de **soins dispensés au sein de l'établissement chargé du don**, un tel traitement – qui ne se fonde pas sur une base légale claire – **n'est pas uniforme**.

En tout état de cause, ces contributions **frappent bien les frais encourus en ville du fait du prélèvement ou de la collecte opérés chez le donneur**.

L'association de patients atteints de maladies rénales Renaloo confirme ainsi que « *les donneurs vivants ne sont pas [...] exonérés, ni dans le cadre du don ni dans celui de leur suivi ou de complications éventuelles, des forfaits et franchises* »<sup>1</sup>.

Pour les raisons exposées *supra*, l'applicabilité des franchises et participations forfaitaires aux donneurs **les expose à un reste à charge**, qui peut être **significatif en cas de complication** – pensons notamment au don de rein.

Il s'agit là d'une **contradiction manifeste avec le principe de neutralité financière du don**, affirmé depuis 1994 **sans jamais avoir été remis en cause**, dès lors qu'il constitue chez les vivants **le corollaire indispensable du principe de gratuité du don**. L'article L. 1211-4 du code de la santé publique dispose ainsi que « *les frais afférents au prélèvement ou à la collecte sont intégralement pris en charge* ».

**C. Le dispositif proposé : écarter l'application de la participation forfaitaire et de la franchise pour les frais encourus au titre du prélèvement ou de la collecte dont un donneur a fait l'objet**

L'article 2 de la proposition de loi insère, **au sein du chapitre du code de la sécurité sociale régissant les produits d'origine humaine**, un **nouvel article L. 164-2** spécifiant que **ni la participation forfaitaire (1° de l'article L. 164-2 proposé), ni la franchise annuelle (2° de l'article L. 164-2 proposé) ne sont applicables aux donneurs vivants pour ce qui concerne les frais encourus au titre du prélèvement ou de la collecte et les frais de suivi et de soins assurés en raison du prélèvement ou de la collecte**.

---

<sup>1</sup> Note transmise au rapporteur par Renaloo.

## II - La position de la commission

### A. Écarter l'application des participations forfaitaires et franchises pour le donneur, une nécessité pour garantir l'effectivité de la neutralité financière du don

- La commission soutient sans réserve l'objectif de conférer une pleine portée opérationnelle au principe de neutralité financière du don, et accueille favorablement l'ensemble des mesures visant à y concourir.

Elle estime que l'applicabilité des franchises et participations forfaitaires rompt la neutralité financière du don, une position partagée par l'ensemble des acteurs auditionnés par le rapporteur.

L'Agence de la biomédecine estime ainsi qu'elle est « *contradictoire avec le principe de neutralité financière pour le donneur* »<sup>1</sup>, tandis que Renaloo argue que cette situation est « *évidemment incompatible avec le principe de neutralité financière du don* », ajoutant qu'« *on ne peut pas affirmer qu'un donneur vivant ne doit supporter aucun coût du fait de son geste, puis laisser subsister des prélèvements forfaitaires sur des actes, produits ou transports directement liés au don* »<sup>2</sup>.

- Il est donc regrettable que les donneurs n'aient pas été exemptés plus tôt de ces prélèvements, d'autant que le doublement de leur montant en 2024 n'a fait qu'accroître le reste à charge qu'ils ont à supporter à ce titre, creusant ainsi l'écart entre la promesse de la neutralité financière du don et la réalité vécue par les donneurs. Quoique les montants des franchises et participations soient, individuellement, limités, ils peuvent atteindre 100 euros par an.

Du reste, sur le plan philosophique, il apparaît parfaitement anormal que des « *forfaits de responsabilité* » soient facturés au titre d'un don d'organes, de moelle osseuse ou de gamètes. Il s'agit là d'actes profondément responsables, d'actes de générosité, qui répondent à des difficultés rencontrées par d'autres assurés et permettent de sauver des vies. Il n'y a donc aucunement lieu de « responsabiliser » les assurés qui se prêtent à de tels prélèvements ou de tels collectes.

### B. Les propositions de la commission

#### 1. Consacrer un statut du donneur vivant

- L'application de ces dispositions ne pourra toutefois pas être effective tant que l'assurance maladie ne sera pas en mesure d'identifier clairement les donneurs et les soins relatifs à un don ou à ses complications. Renaloo estime, à ce titre, que « *l'absence de statut administratif spécifique [du donneur vivant] rend l'application de cette exonération difficile à assurer* ». Le rapporteur en convient.

---

<sup>1</sup> Réponses écrites de l'Agence de la biomédecine au questionnaire du rapporteur.

<sup>2</sup> Réponses écrites de Renaloo au questionnaire du rapporteur.

Le rapporteur observe que **l'incapacité à identifier les donneurs cause, en outre, des difficultés pour le suivi tout au long de la vie des donneurs**. Ainsi, comme Renaloo le rappelle, « *alors que la loi prévoit un suivi annuel des donneurs vivants, cinq ans après le don, seuls 40 % des donneurs bénéficient effectivement d'un tel suivi* », une situation jugée « *très préoccupante* »<sup>1</sup>.

Enfin, le rapporteur a pu constater **les disparités de prise en charge des donneurs en fonction de l'établissement préleveur**, tant sur les **délais** que sur le **champ des frais ouvrant droit au remboursement ou l'accompagnement proposé**.

Pour ces trois raisons, il estime qu'il est indispensable, pour permettre à la proposition de loi d'atteindre ses objectifs, de consacrer un **statut du donneur vivant**, une idée **soutenue par Renaloo et l'Agence de la biomédecine**, notamment. Il a donc déposé un amendement COM-14, adopté par la commission, **instituant un statut administratif de donneur vivant**, applicable aux donneurs d'organes, de cellules souches hématopoïétiques (notamment par don de moelle osseuse) et de gamètes.

- **Inspiré du statut des victimes d'actes de terrorisme**, comme le proposait l'Agence de la biomédecine<sup>2</sup>, ce statut du donneur vivant doit permettre **d'améliorer l'identification et le suivi des donneurs par les pouvoirs publics, afin de donner une traduction effective à la neutralité financière que la loi leur promet**. Il permettrait de **simplifier les démarches pour les donneurs et de clarifier et d'harmoniser les règles pour tous les acteurs**.

Pour les donneurs d'organes et de cellules hématopoïétiques ayant effectivement réalisé le prélèvement ou la collecte, **ce statut s'appliquerait toute la vie durant**<sup>3</sup>. Il pourrait être **attribué dès la phase préparatoire au don, et retiré lorsque le donneur potentiel ne procède finalement pas au don**.

- Ce statut administratif **ouvrirait le bénéfice du régime de prise en charge dérogatoire en vigueur tel qu'étendu par la présente proposition de loi**, notamment marqué par l'inapplicabilité du ticket modérateur, **des franchises, des participations forfaitaires** pour les soins en lien avec la préparation, la réalisation, le suivi et les conséquences du don, du délai de carence pour les arrêts de travail en lien avec le don, et du forfait journalier en établissement.

---

<sup>1</sup> Réponses écrites de Renaloo au questionnaire du rapporteur.

<sup>2</sup> L'Agence indique, dans ses réponses écrites au questionnaire du rapporteur, qu'« un statut du type de celui appliqué aux personnes victimes d'un acte de terrorisme pourrait s'appliquer au don du vivant ».

<sup>3</sup> L'Agence indique, dans ses réponses écrites au questionnaire du rapporteur, que ce statut devrait être garanti « pour la vie durant, notamment pour ce qui concerne les éventuelles complications de long terme (rares mais hélas possibles pour les donneurs d'organe) ».

## **2. Interdire les dépassements d'honoraires sur les actes en lien avec le don, dans le cadre du statut de donneur**

Il est également proposé **d'interdire les dépassements d'honoraires sur les actes en lien avec le don**, sauf non-respect du parcours de soins coordonnés ou exigences particulières du patient. Cette interdiction serait incorporée au statut du donneur vivant.

Les auditions ont en effet souligné que les donneurs étaient **de plus en plus fréquemment exposés à des dépassements d'honoraires**, en lien avec **la progression de leur prise en charge en ville**<sup>1</sup>. Potentiellement non solvabilisées, de telles pratiques tarifaires peuvent engendrer un reste à charge pour le donneur sur les soins prodigués en conséquence du don, **contrevenant, en cela, au principe de sa neutralité financière**.

L'amendement COM-14 rejoint ici la **préoccupation de la Caisse nationale de l'assurance maladie**, qui préconisait « *d'interdire les dépassements d'honoraires que risquent de facturer des professionnels de santé libéraux ou hospitaliers dans le cadre d'un acte et consultation externe [...] en ce qui concerne l'ensemble des frais engagés au titre du prélèvement d'éléments du corps humain et de la collecte de ses produits* »<sup>2</sup>.

## **3. Intégrer au statut de donneur d'organes une priorité d'accès à la greffe lorsque le besoin de greffe présente un lien avec le don**

Enfin, en témoignage de la reconnaissance de la Nation aux donneurs d'organes vivants, il est proposé, par le même amendement COM-14 **d'intégrer au statut du donneur une priorité d'accès à la greffe lorsque le besoin de greffe présente un lien avec le don**. Si, par construction, de tels cas sont rares, il convient en effet d'assurer aux donneurs que la société ne se contente pas de recevoir leur geste, mais **s'engage aussi à les protéger si, un jour, ils se trouvent eux-mêmes en situation de besoin**. De telles dispositions existent d'ailleurs à l'international.

Le rapporteur souscrit pleinement à la vision de Renaloo, lorsque l'association indique que « *la neutralité financière doit devenir une **protection complète du parcours**. Elle doit couvrir le bilan, le prélèvement, la convalescence, le suivi annuel, les soins en lien avec le don et les complications éventuelles. Elle doit concerner les donneurs effectivement prélevés, mais aussi les donneurs potentiels qui s'engagent dans le bilan. Elle doit permettre d'éviter toute avance de frais, garantir une **prise en charge directe des transports et de l'hébergement**, supprimer les **restes à charge**, exclure les franchises, forfaits et dépassements d'honoraires, et rendre le suivi post-don réellement effectif* »<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Se référer au commentaire de l'article 1<sup>er</sup>.

<sup>2</sup> Réponses écrites de la Cnam au questionnaire du rapporteur.

<sup>3</sup> Réponses écrites de Renaloo au questionnaire du rapporteur.

#### **4. Repousser d'au maximum deux ans l'entrée en vigueur du texte, pour permettre l'adaptation des systèmes d'information**

Un travail sur les **systèmes d'information apparaît aujourd'hui nécessaire**, pour permettre l'identification des donneurs, des actes et soins réalisés en lien avec le don, et la pleine applicabilité **du statut du donneur vivant**.

Pour cette raison, la commission a reporté à une date fixée par décret, et **au plus tard deux ans après la promulgation du texte**, l'entrée en vigueur de l'article 2. Elle a **adopté l'amendement COM-16 de son rapporteur**, en ce sens. Elle appelle toutefois **l'ensemble des acteurs à s'engager résolument en faveur d'une applicabilité rapide** de cet article, au bénéfice des donneurs et au vu de l'ampleur des atteintes aujourd'hui constatées au principe de neutralité financière.

Enfin, elle a adopté un **amendement COM-15 de clarification** et d'harmonisation rédactionnelle, ainsi qu'un **amendement COM-13 tendant à corriger une faute d'orthographe** dans le droit en vigueur.

**La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

#### *Article 3*

#### **Non-applicabilité du délai de carence à l'indemnisation des arrêts de travail en lien avec le don**

*Cet article entend permettre, par dérogation au droit commun, une indemnisation sans délai des arrêts de travail prescrits à un donneur en lien avec le prélèvement ou la collecte dont il a fait l'objet.*

*La commission a adopté cet article modifié par quatre amendements, dont deux, identiques, portent l'extension à l'ensemble des donneurs vivants du régime d'autorisations d'absences aujourd'hui réservé aux donneuses d'ovocytes.*

#### **I - Le dispositif proposé**

##### **A. L'indemnisation des arrêts de travail par l'assurance maladie est soumise à un délai de carence**

**1. L'assurance maladie verse des indemnités journalières aux assurés médicalement reconnus comme incapables de continuer ou de reprendre le travail**

Un arrêt de travail consiste en une **prescription** d'un professionnel médical attestant que **l'état de santé d'un assuré ne lui permet pas de manière temporaire de continuer ou reprendre le travail**.

En vertu de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale, peut se voir prescrire un arrêt de travail « *l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin [...] de continuer ou de reprendre le travail* ». **Tout médecin**, généraliste ou exerçant une autre spécialité, est susceptible d'en prescrire ou d'en renouveler<sup>1</sup>. Le même article L. 321-1 précise en outre qu'il est loisible à une sage-femme d'effectuer une telle prescription, « *dans la limite de sa compétence professionnelle* »<sup>2</sup>. Depuis la dernière loi de financement de la sécurité sociale<sup>3</sup>, la loi garantit le droit pour les chirurgiens-dentistes de prescrire des arrêts de travail, dans le même cadre.

Lorsque l'assuré est en arrêt de travail, son contrat de travail est suspendu<sup>4</sup> ou son activité professionnelle non salariée interrompue. Il s'ensuit donc une privation de revenus pour l'assuré malade. Pour y répondre, la sécurité sociale **verse, sous conditions, un revenu de remplacement prenant la forme d'indemnités journalières (IJ)**<sup>5</sup>, dues pour chaque jour calendaire d'arrêt de travail<sup>6</sup>.

Les conditions tiennent notamment, pour le régime général, à la **durée d'affiliation**<sup>7</sup>, au **temps de travail effectué préalablement à l'arrêt**, ou aux **cotisations acquittées**<sup>8</sup>. Des conditions alternatives existent dans certains régimes<sup>9</sup>.

---

<sup>1</sup> Un cadre plus strict s'applique toutefois au renouvellement pour que celui-ci soit indemnisé, en vertu des articles L. 162-4-4 et R. 162-1-9-1 du code de la sécurité sociale.

<sup>2</sup> Pour les femmes enceinte en cas de grossesse non pathologique ou pour les femmes ayant eu recours à une interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse, comme le prévoient les articles D. 331-1 et D. 323-5 du code de la sécurité sociale.

<sup>3</sup> Article 81 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026.

<sup>4</sup> Ce qu'il est possible de déduire de l'article L. 1226-1-2 du code du travail.

<sup>5</sup> Article L. 311-1 et L. 321-1 du code de la sécurité sociale.

<sup>6</sup> L. 323-1 du code de la sécurité sociale, pour les assurés du régime général et des régimes alignés.

<sup>7</sup> Douze mois pour les régimes général, des salariés agricoles et des indépendants.

<sup>8</sup> Articles L. 313-1 et R. 313-3 du code de la sécurité sociale, pour les assurés du régime général. Pour les assurés du régime général, il convient, lorsque l'arrêt est inférieur à six mois, d'avoir travaillé au moins 150 heures au cours des 3 mois civils ou des 90 jours précédant l'arrêt ou d'avoir cotisé, au cours des 6 mois civils précédant l'arrêt, sur la base d'une rémunération au moins égale à 1 015 fois le montant du Smic horaire fixé au début de cette période. Lorsque l'arrêt est supérieur à six mois, il faut justifier, à la date d'interruption de travail, d'une affiliation à un régime de sécurité sociale (CPAM, MSA) depuis 12 mois au moins et avoir travaillé au moins 600 heures les 12 mois civils ou les 365 jours précédant l'arrêt ou avoir cotisé, pendant les 12 mois civils ou les 365 jours précédant l'arrêt, sur la base d'une rémunération au moins égale à 2 030 fois le montant du Smic horaire fixé au début de cette période. Ces dernières conditions s'appliquent également aux travailleurs discontinus ou saisonniers, en vertu de l'article R. 313-7 du code de la sécurité sociale.

<sup>9</sup> L'indemnité journalière n'est par exemple pas versée aux indépendants dont le revenu annuel d'activité moyen sur les trois dernières années est inférieur à 10 % du plafond annuel de la sécurité sociale.

S'appliquent également des conditions administratives<sup>1</sup> et de contrôle médical<sup>2</sup> de la caisse d'assurance maladie, dont font partie l'abstention de réaliser toute activité non autorisée, le respect des heures de sorties autorisées<sup>3</sup>, ou la soumission aux contrôles organisés par le service du contrôle médical<sup>4</sup>.

Les indemnités journalières correspondent à une proportion, fixée à 50 %<sup>5</sup> par voie réglementaire<sup>6</sup> pour le régime général, d'un revenu de référence journalier<sup>7</sup>, dans la limite d'un plafond<sup>8</sup>.

Le revenu sur le fondement duquel est calculée l'indemnité journalière est déterminé d'après une **attestation<sup>9</sup> fournie par l'employeur<sup>10</sup>** pour les assurés du régime général et des salariés agricoles<sup>11</sup>, les **revenus soumis à cotisation** pour les indépendants<sup>12</sup> et un **montant forfaitaire** pour les non-salariés agricoles<sup>13</sup>.

Un **plafond**, dépendant du régime de sécurité sociale de l'assuré, s'applique au montant des indemnités journalières qu'il est susceptible de percevoir. À ce titre, la rémunération prise en compte pour le calcul des IJ des assurés affiliés au régime général ou à celui des salariés agricoles est limitée à **1,4 fois le Smic<sup>14</sup>** et non plus 1,8 fois ce montant, depuis un récent décret<sup>15</sup>. En conséquence, le montant maximal brut de l'indemnité journalière s'établit désormais à 41,95 euros.

---

<sup>1</sup> Articles L. 323-6 et R. 323-11-1 du code de la sécurité sociale pour les assurés du régime général et assimilé, article D. 732-2-9 du code rural et de la pêche maritime pour les adaptations pour les non-salariés agricoles.

<sup>2</sup> Article L. 315-1 du code de la sécurité sociale.

<sup>3</sup> En vertu de l'article R. 323-11-1 du code de la sécurité sociale, les sorties peuvent ne pas être autorisées, ou l'être hors des plages entre 9 heures et 11 heures et 14 heures et 16 heures, sauf pour des examens médicaux. Le prescripteur peut, s'il le justifie, prévoir un régime de sorties libres.

<sup>4</sup> Figurent également les conditions d'observer les prescriptions du praticien et d'informer sans délai la caisse de toute reprise d'activité préalable au terme de l'arrêt de travail.

<sup>5</sup> Sauf pour les non-salariés agricoles, pour lesquels il est fixé à 63 % du gain forfaitaire annuel dans les 28 premiers jours d'arrêt de travail, et 84 % après, en vertu de l'article D. 732-2-5 du code rural et de la pêche maritime.

<sup>6</sup> Article R. 323-5 du code de la sécurité sociale pour les assurés du régime général et assimilés.

<sup>7</sup> Article L. 323-4 du code de la sécurité sociale pour les assurés du régime général et assimilés.

<sup>8</sup> Sauf pour les non-salariés agricoles, dès lors que l'indemnité journalière est forfaitaire.

<sup>9</sup> Article R. 323-10 du code de la sécurité sociale.

<sup>10</sup> Il s'agit de 1/91,25 du montant des salaires bruts des trois derniers mois avant l'arrêt lorsque le revenu est versé mensuellement, de 1/84 du montant des six paies antérieures au mois de l'arrêt lorsque le revenu d'activité est réglé toutes les deux semaines, ou des douze dernières lorsqu'il est versé toutes les semaines, et de 1/365 du montant du revenu des douze mois civils d'activité antérieurs à l'arrêt en cas de travail discontinu ou saisonnier, en vertu de l'article R. 323-4 du code de la sécurité sociale.

<sup>11</sup> Articles L. 742-3, R. 742-2 et D. 742-3 du code rural et de la pêche maritime.

<sup>12</sup> Article D. 622-7 du code de la sécurité sociale.

<sup>13</sup> Articles L. 732-4-1 et D. 732-2-5 du code rural et de la pêche maritime.

<sup>14</sup> Article R. 323-9 du code de la sécurité sociale.

<sup>15</sup> Décret n° 2025-160 du 20 février 2025 - art. 1.

Pour les indépendants, le montant maximal est fixé à 1/730<sup>e</sup> du plafond annuel de la sécurité sociale<sup>1</sup>, soit 65,84 euros, sauf pour les professions libérales qui peuvent bénéficier d'indemnités journalières allant jusqu'au triple de ce montant.

L'indemnité journalière des non-salariés agricoles est, quant à elle, **fixée forfaitairement** à 25,79 euros par jour pour les vingt-huit premiers jours d'indemnisation, puis à 34,39 euros par jour<sup>2</sup> au-delà de cette période.

Il convient de relever que l'indemnisation par la sécurité sociale peut et, dans certains cas, doit être complétée par l'employeur, soit directement, soit indirectement dans le cadre d'un contrat de prévoyance collective<sup>3</sup>.

La loi prévoit, enfin, des durées maximales de versement des indemnités journalières pour maladie.

Tant pour les non-salariés agricoles<sup>4</sup> que pour les assurés du régime général<sup>5</sup>, **360 indemnités journalières au plus peuvent être versées sur une période de trois ans**, décomptée de date à date. Dès lors qu'un assuré a atteint ce plafond, il ne peut prétendre à de nouvelles indemnités journalières avant l'expiration d'un délai de trois ans courant à compter du premier versement intervenu sur la période considérée. Les professions libérales sont soumises à des règles d'indemnisation plus strictes, en ce qu'elles fixent une limite de 87<sup>6</sup> indemnités journalières consécutivement perceptibles.

Le législateur a toutefois entendu adapter le droit à la situation d'assurés souffrant de pathologies dont la nature justifie de longues interruptions de travail, en créant un régime propre aux **affections de longue durée (ALD)**. Par dérogation, les assurés en ALD exonérante ou non peuvent **bénéficier d'indemnités journalières tout le long d'une période de trois ans**. Une fois épuisée cette période, les assurés en ALD **doivent reprendre leur activité pendant un an** avant de pouvoir à nouveau bénéficier d'indemnités journalières durant une période de trois ans<sup>7</sup>.

---

<sup>1</sup> Article D. 622-7 du code de la sécurité sociale.

<sup>2</sup> Article D. 732-2-5 du code rural et de la pêche maritime.

<sup>3</sup> Articles L. 1226-1 et D. 1226-1 du code du travail.

<sup>4</sup> Article D. 732-2-4 du code rural et de la pêche maritime.

<sup>5</sup> Articles L. 321-1, L. 323-1 et R. 323-1 du code de la sécurité sociale.

<sup>6</sup> Articles L. 622-2 et D. 622-12 du code de la sécurité sociale.

<sup>7</sup> 3° de l'article R. 323-1 du code de la sécurité sociale.

## 2. L'application d'un délai de carence à l'indemnisation des arrêts de travail

L'indemnité journalière n'est servie qu'à l'expiration d'un certain délai à compter de la date de début de l'arrêt de travail<sup>1</sup>. Ce **délai de carence**, est fixé à **trois jours**<sup>2</sup>, correspondant à une période non indemnisée par la sécurité sociale.

Toutefois, le délai de carence ne s'applique pas :

- lorsque l'arrêt de travail fait suite au **décès**, dans les treize semaines précédant l'arrêt, **d'un enfant ou d'une personne à charge de moins de 25 ans**<sup>3</sup> ;

- lorsque l'arrêt de travail résulte d'une **interruption médicale de grossesse** ou d'une **interruption spontanée de grossesse** (dite « fausse couche ») **intervenant avant la 22<sup>e</sup> semaine d'aménorrhée**<sup>4</sup>.

Par ailleurs, **seul un délai de carence** s'applique lorsque deux arrêts de travail sont séparés par une **reprise d'activité inférieure à quarante-huit heures**.

Une règle similaire bénéficie **aux assurés reconnus atteints d'une ALD**, qu'elle soit exonérante<sup>5</sup> ou non<sup>6</sup>. Dans cette hypothèse, le délai de carence n'est appliqué **qu'au premier arrêt de travail en lien** avec l'affection considérée<sup>7</sup>.

---

<sup>1</sup> Article L. 323-1 du code de la sécurité sociale pour les assurés du régime général et des régimes alignés, article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime pour les non-salariés agricoles.

<sup>2</sup> Article R. 323-1 du code de la sécurité sociale pour les assurés du régime général et des régimes alignés, article D. 622-12 pour les professions libérales, article D. 732-2-2 du code rural et de la pêche maritime pour les non-salariés agricoles.

<sup>3</sup> Article L. 323-1-1 du code de la sécurité sociale pour les assurés des régimes général et alignés, article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime pour les non-salariés agricoles.

<sup>4</sup> Article L. 323-1-2 du code de la sécurité sociale pour les assurés des régimes général et alignés, article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime pour les non-salariés agricoles.

<sup>5</sup> 3° et 4° de l'article L. 160-14 du code de la sécurité sociale.

<sup>6</sup> Article L. 324-1 du code de la sécurité sociale.

<sup>7</sup> Article R. 323-1 du code de la sécurité sociale.

### **L'indemnisation de l'incapacité temporaire pour les fonctionnaires**

Le régime applicable aux fonctionnaires se distingue de celui des assurés relevant du régime général en ce qu'il ne repose pas sur le versement d'indemnités journalières. L'agent public bénéficie en effet **d'un maintien partiel de sa rémunération**, directement versé par l'administration employeuse agissant en qualité d'auto-assureur.

Ainsi, durant les trois premiers mois d'arrêt de travail, l'administration maintient **90 % du traitement indiciaire brut**, des primes et indemnités ainsi que de la nouvelle bonification indiciaire. Ce taux est ensuite **ramené à 50 %** au cours des neuf mois suivants<sup>1</sup>. Les indemnités de résidence ainsi que le supplément familial de traitement demeurent toutefois intégralement conservés pendant toute la durée de l'indemnisation.

Ce régime a récemment fait l'objet d'une **révision dans le cadre de la loi de finances pour 2025**<sup>2</sup>. Les agents publics bénéficiaient en effet jusqu'alors d'un maintien intégral de leur rémunération au cours des trois premiers mois d'arrêt.

Un délai de carence s'applique, sauf exceptions incluant celles du régime général, mais celui-ci n'est que d'**un jour**<sup>3</sup>.

Enfin, si le **délai de carence s'applique théoriquement** en Alsace-Moselle, le droit local<sup>4</sup> prévoit un **maintien de salaire obligatoire dès le premier jour d'absence**, à la charge de l'employeur. **Le délai de carence y est donc neutre du point de vue du salarié.**

Plus largement, il n'est **pas systématique que le délai de carence diminue le revenu perçu par l'assuré** : certaines entreprises proposent, d'elles-mêmes ou dans le cadre d'un contrat de prévoyance, le versement d'un revenu de remplacement pendant le délai de carence.

#### **B. L'application d'un délai de carence aux donneurs vivants contrevient au principe de neutralité financière qui devrait leur être applicable**

Ne relevant pas des différentes exonérations mentionnées *supra*, « *les donneurs doivent s'acquitter d'un délai de carence pour l'indemnisation des arrêts de travail qui leur sont prescrits* »<sup>5</sup>, comme le confirme l'Agence de la biomédecine.

Or la loi prévoit bien un **principe de neutralité financière du don chez les vivants**<sup>6</sup>, corollaire du principe de gratuité du don, de portée plus générale. En conséquence, **l'acte de don entendu au sens large ne saurait avoir de répercussions financières sur le donneur**, que celles-ci soient positives ou négatives.

<sup>1</sup> Articles L. 822-2 et L. 822-3 du code général de la fonction publique.

<sup>2</sup> Article 189 de la loi n° 2025-127 du 14 février 2025 de finances pour 2025.

<sup>3</sup> Article 115 de la loi n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018.

<sup>4</sup> Article L. 1226-23 du code du travail.

<sup>5</sup> Réponses écrites de l'Agence de la biomédecine au questionnaire du rapporteur.

<sup>6</sup> Article L. 1211-4 du code de la santé publique.

Les modalités d'application de ce principe sont précisées réglementairement, notamment pour ce qui concerne les pertes de rémunération consécutives au don. L'article R. 1211-5 du code de la santé publique dispose ainsi que « *l'établissement de santé qui réalise le prélèvement prend le cas échéant à sa charge l'indemnisation de la perte de rémunération subie par le donneur* », sur **présentation de justificatifs** et dans **la limite du quadruple de l'indemnité journalière maximale** du régime général, soit 167,8 euros brut par jour.

Concrètement, le guide de prise en charge de l'Agence de la biomédecine indique que la « *perte de rémunération* » à laquelle se réfère l'article R. 1211-5 du code de la santé publique s'entend « *après déduction des prestations éventuellement perçues par le donneur* »<sup>1</sup>.

L'indemnisation versée par l'établissement en charge du prélèvement s'inscrit donc en **complément de celles assurées le cas échéant par la sécurité sociale, l'employeur ou l'organisme complémentaire** dans le cadre d'un contrat de prévoyance. Elle peut être versée **en cas d'arrêt de travail ou d'absence au travail**.

Toutefois, ce mécanisme **d'indemnisation complémentaire** comporte **plusieurs limites, obérant la pleine effectivité de la neutralité financière du don au regard des pertes de rémunération**.

D'abord, « *la pratique des établissements de santé remontée par les associations de donneurs et l'agence de biomédecine semble démontrer que l'indemnisation des établissements de santé suit les délais de carence quand un arrêt de travail est réalisé* »<sup>2</sup>. L'indemnisation complémentaire ne serait donc versée **qu'après application des jours de carence**, faisant du délai de carence une **période sans indemnisation**.

Ensuite, les **délais de traitement** des demandes de prise en charge des **pertes de rémunération par les hôpitaux** sont **importants**, ce qui peut conduire les assurés à des **difficultés de trésorerie**, voire à **renoncer à faire valoir leurs droits** ; ce d'autant plus que la **procédure est perçue comme lourde**<sup>3</sup>.

Le bénéfice de cette indemnité compensatoire n'est, en outre, **pas garanti à l'ensemble des assurés**. Ainsi, comme l'indique le guide de prise en charge financière des donneurs vivants d'éléments du corps humain, « *les commerçants et gérants d'entreprise doivent impérativement anticiper les conséquences de leur arrêt de travail car aucun texte réglementaire en lien avec le don du vivant ne prévoit de compensation en cas de diminution du chiffre d'affaires de leur entreprise* »<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Agence de la biomédecine, Guide de prise en charge financière des donneurs vivants d'éléments du corps humain, janvier 2015.

<sup>2</sup> Réponses écrites de la DGOS, de la DGS et de la DSS au questionnaire des rapporteurs.

<sup>3</sup> Se référer au commentaire de l'article 1<sup>er</sup>.

<sup>4</sup> Agence de la biomédecine, Guide de prise en charge financière des donneurs vivants d'éléments du corps humain, janvier 2015.

Enfin, si le **plafond de l'indemnisation compensatoire** complémentaire est **nettement supérieur à celui des indemnités journalières**, son application fait, **en tant que telle, obstacle à la pleine application du principe de neutralité financière pour les donneurs aisés.**

L'Agence de la biomédecine, représentant ici l'avis de la majorité des acteurs auditionnés, estime donc que l'application du délai de carence aux arrêts de travail en lien avec le don a pour effet de « *contrevenir au principe de neutralité financière du don* »<sup>1</sup>.

Au global, selon une enquête déclarative sur les donneurs de rein menée en 2011 par l'Agence de la biomédecine, « *la perte financière liée aux absences concern[er]ait un donneur sur quatre* »<sup>2</sup>.

### **L'autorisation d'absence ouverte aux donneuses d'ovocytes : une solution pertinente pour garantir la neutralité financière du parcours pré-don**

Un arrêt de travail ne peut être prescrit qu'à condition que l'assuré se trouve « *dans l'incapacité physique [...] de continuer ou de reprendre le travail* »<sup>3</sup>. Aussi les donneurs – **en bonne santé** – ne sont-ils **légalement pas fondés** à recourir à un arrêt de travail pour se **rendre aux divers examens médicaux nécessaires avant le don**, ou pour effectuer les **autres formalités qui leur incombent**, notamment l'expression du consentement au don d'organes<sup>4</sup> ou de moelle osseuse<sup>5</sup> devant un magistrat. La Caisse nationale de l'assurance maladie confirme que les « *absences sur le lieu de travail ne doi[ven]t pas être assimilées à des arrêts de travail pour maladie* »<sup>6</sup>.

Il revient donc **aux donneurs de demander un congé à leur employeur** pour ce faire, sans qu'il ne lui soit **fait obligation d'accepter cette demande** ou de la **rémunérer**. Selon Renaloo, « *un donneur [de rein] sur trois doit poser plus de dix jours de congés pour des formalités médicales et administratives lors du suivi* »<sup>7</sup>.

Pour répondre à ces difficultés, les donneuses d'ovocytes bénéficient, depuis la **loi de modernisation de notre système de santé (LMSS)**<sup>8</sup>, d'un régime **d'autorisation d'absence de l'employeur pour se rendre aux examens et se soumettre aux interventions nécessaires** à la stimulation ovarienne et au prélèvement ovocytaire.

À l'image des **autorisations d'absence prévues pour permettre aux femmes enceintes de se rendre aux examens médicaux** obligatoires dans le cadre de la surveillance de la grossesse ou pour permettre aux salariés dans un parcours de procréation médicalement assistée de se rendre aux examens nécessaires<sup>9</sup>, les autorisations d'absence accordées aux donneuses d'ovocytes salariées sont **rémunérées par l'employeur comme du temps de travail effectif**, et **rentrent en considération pour la détermination du droit à congé annuel**.

<sup>1</sup> Réponses écrites de l'Agence de la biomédecine au questionnaire du rapporteur.

<sup>2</sup> Réponses écrites de Renaloo au questionnaire du rapporteur.

<sup>3</sup> Article L. 321-1 du code de la sécurité sociale.

<sup>4</sup> Article L. 1231-1 du code de la santé publique.

<sup>5</sup> Article L. 1241-1 du code de la santé publique.

<sup>6</sup> Réponses écrites de la Cnam au questionnaire du rapporteur.

<sup>7</sup> Réponses écrites de Renaloo au questionnaire du rapporteur.

<sup>8</sup> Article 87 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

<sup>9</sup> Article L. 1225-16 du code du travail.

### C. Le dispositif proposé

L'article 3 vise à **rendre inapplicable le délai de carence à l'indemnisation des arrêts de travail prescrits aux donneurs vivants d'organes, de moelle osseuse ou de gamètes en raison du prélèvement ou de la collecte dont ils ont fait l'objet.**

Cette suppression du délai de carence serait applicable aux assurés du régime général, aux salariés agricoles et aux agents contractuels (I), aux assurés du régime des non-salariés agricoles dans l'Hexagone (1° du II), dans les départements et régions d'outre-mer, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin (2° du II) et aux fonctionnaires (III).

## II - La position de la commission

### A. Des dispositions bienvenues, à compléter par voie réglementaire

- Attachée à **garantir la pleine portée effective du principe de neutralité financière du don**, la commission a soutenu cet article sans réserve, tout comme **la vaste majorité des acteurs auditionnés**. L'association de patients atteints de maladies rénales Renaloo indique ainsi être « *favorable à ce que, par dérogation au délai de carence de droit commun, l'indemnité journalière soit accordée sans délai lorsqu'une incapacité de travail est constatée pour un donneur en raison du prélèvement ou de la collecte dont il a fait l'objet* »<sup>1</sup>.

Même les administrations centrales auditionnées, « *habituellement plutôt défavorables à l'extension de la neutralisation du délai de carence, au motif que la suppression liée à une pathologie ou situation particulière pourrait induire des déséquilibres injustifiés entre pathologies soulevant une problématique d'égalité de traitement* » estiment que « *dans le cadre du don du vivant qui recoupe une situation particulière avec un don de soi, et en corollaire du principe de neutralité financière, cette mesure de suppression du délai de carence pourrait s'apprécier favorablement* »<sup>2</sup>.

- La pertinence de cette mesure se fonde sur **plusieurs constats, mis en lumière par les auditions**.

D'abord, « *l'existence d'un délai de carence crée par défaut un nombre fixe de jours pendant lequel aucune indemnité n'est perçue* », dès lors que l'indemnisation complémentaire versée par l'établissement de santé ne l'est « *qu'après application des jours de carence* »<sup>3</sup> selon les retours de terrain.

---

<sup>1</sup> Réponses écrites de Renaloo au questionnaire du rapporteur.

<sup>2</sup> Réponses écrites des directions générales de l'offre de soins (DGOS) et de la santé (DGS) et de la direction de la sécurité sociale (DSS) au questionnaire des rapporteurs.

<sup>3</sup> Réponses écrites de la DGOS, de la DGS et de la DSS au questionnaire des rapporteurs.

La commission relève, en outre, que les **délais de mise en œuvre par les hôpitaux de la garantie contre la perte de rémunération en lien avec le don sont excessifs, et peuvent mettre en difficulté les donneurs** qui doivent **puiser dans leurs réserves** en attendant le versement complémentaire de l'établissement préleveur. La perception d'indemnités journalières dès le premier jour d'arrêt **limitera ainsi l'effort à fournir pour les donneurs**.

Elle note, enfin, que le **cumul du délai de carence et du plafonnement de la garantie contre les pertes de rémunération** à quatre fois le montant des indemnités journalières **expose à des pertes sèches les donneurs dont le salaire est compris entre quatre et cinq fois le montant maximal mensualisé des indemnités journalières**.

Pour **limiter la charge imposée aux donneurs, il apparaît donc opportun d'écarter l'application du délai de carence pour l'indemnisation des arrêts en lien avec un don, les indemnités journalières étant versées nettement plus rapidement que cette indemnisation compensatoire**.

La commission partage pleinement la position de Renaloo lorsque l'association défend qu'« *il n'est pas acceptable que la personne qui donne subisse une perte d'indemnisation parce qu'elle a donné. Ce serait transformer la gratuité du don en coût personnel pour le donneur* »<sup>1</sup>.

La commission attire l'attention du Gouvernement sur les **difficultés rencontrées pour faire bénéficier de l'indemnité pour perte de rémunération à certaines catégories de travailleurs indépendants, évoquées supra**.

Le **pouvoir réglementaire doit impérativement prendre ses dispositions pour faire cesser ces disparités de garanties** entre donneurs du fait de leur statut professionnel, **contraires au principe d'égalité**. En ce sens, l'Agence de la biomédecine recommande de « *faire référence aux revenus déclarés pour les professions non salariées* ».

### **B. Les propositions de la commission**

#### **1. Étendre le régime d'autorisation d'absence applicable aux donneuses d'ovocytes**

Au-delà de la question des indemnités journalières, la commission s'est interrogée sur **des aménagements du droit du travail qui lui semblent nécessaires à l'application effective de la neutralité financière du don**.

Comme évoqué *supra*, elle constate que **les absences liées aux examens et interventions préparatoires au don ne relèvent pas, en droit, d'un arrêt de travail, le donneur n'étant pas dans l'incapacité de travailler**.

---

<sup>1</sup> Réponses écrites de Renaloo au questionnaire du rapporteur.

Par conséquent, pour réaliser le parcours pré-don, les donneurs se voient **soit contraints de se faire prescrire un arrêt de travail *contra legem*, soit de poser des jours de congés**. Si la première hypothèse n'est naturellement pas souhaitable, la seconde l'est guère davantage : elle aboutit à **réduire la véritable durée des congés annuels**, ou à une perte financière **pour le donneur qui souhaiterait liquider ses congés**. Il apparaît donc **indispensable de trouver des solutions alternatives** et adaptées au don.

Dans cette perspective, la commission a démontré un **grand intérêt pour le régime d'autorisations d'absences offert aux donneuses d'ovocytes**, qui permet de faire obstacle au refus de l'absence par l'employeur et de garantir la **rémunération des journées consacrées au parcours pré-don, en outre regardées comme du temps de travail effectif** pour la détermination des congés annuels.

La commission a donc, par l'adoption de l'amendement COM-19 de son rapporteur et de l'amendement COM-5 rectifié de Mme Souyris (Groupe Écologiste - Solidarité et Territoires), souhaité **étendre aux autres donneurs du vivant ce régime d'autorisations d'absences**. Elle suit en cela l'avis de l'Agence de la biomédecine, qui estime « *nécessaire que la règle en vigueur pour les donneuses d'ovocytes, à savoir l'autorisation d'absence, soit étendue aux autres types de dons (organes, cellules de moelle osseuse, spermatozoïdes)* », ajoutant qu'un tel élargissement permettrait d'éviter que les donneurs soient pénalisés par les absences avec des « *suppressions de prime de présentéisme* »<sup>1</sup>.

## **2. Faire financer par l'assurance maladie le régime d'autorisation d'absence : une perspective d'évolution pour la séance publique**

- S'il est permis de s'interroger sur la **pertinence de confier la charge de l'indemnisation de ces autorisations d'absence à l'employeur**, l'article 40 de la Constitution fait obstacle à l'introduction, par amendement parlementaire, **d'un régime d'autorisation d'absences financé par l'assurance maladie**.

Bien qu'il soit déjà demandé à l'employeur **un effort de solidarité envers ses employés**, par exemple dans le cadre **des autorisations d'absence accordées aux salariées enceintes** pour se rendre aux examens médicaux obligatoires de surveillance de la grossesse, la commission estime qu'une **indemnisation par l'assurance maladie** dans le cadre de la garantie en vigueur contre la perte de rémunération serait **plus cohérente avec l'ensemble de l'architecture assurant la neutralité financière du don**. Elle appelle le Gouvernement à **déposer un amendement en ce sens au stade de la séance publique**.

---

<sup>1</sup> Réponses écrites de l'Agence de la biomédecine au questionnaire du rapporteur.

En tout état de cause, les **volumes de donneurs concernés étant faibles** (3 255 donneurs d'organes, de spermatozoïdes, de moelle épinière ou d'embryons en 2024 sur toute la France), ces dispositions ne devraient **pas porter une atteinte excessive à la bonne organisation et à la stabilité financière des entreprises**.

• La commission a, enfin, adopté **deux amendements de coordination** COM-17 et COM-18 de son rapporteur, dont l'un garantit la suppression du délai de carence **pour les indépendants**.

**La commission a adopté cet article ainsi modifié.**

#### *Article 3 bis*

### **Impossibilité pour l'assureur de se renseigner sur la réalisation d'un don d'organes par un assuré**

*Cet article additionnel, inséré par la commission à l'initiative de son rapporteur, proscriit aux assureurs de solliciter, par le biais de questions ou de formulaires de déclaration du risque, des informations sur la réalisation d'un don du vivant par un assuré.*

#### **I - Le dispositif proposé**

**A. Afin de compléter le principe de neutralité financière du don, le législateur a prohibé toute discrimination directe ou indirecte à l'assurance en lien avec la réalisation d'un don du vivant**

La loi fixe le **principe de neutralité financière du don par les vivants**<sup>1</sup>, corollaire du **principe de gratuité du don**<sup>2</sup>.

Celui-ci s'étend, *stricto sensu*, à l'**indemnisation des frais de santé du donneur**<sup>3</sup> et des **pertes de rémunération**<sup>4</sup>, **frais de transport**<sup>5</sup> et **frais d'hébergement**<sup>6</sup> du donneur et, si son état le nécessite, **de son accompagnant**<sup>7</sup>.

Pour autant, *lato sensu*, le principe de neutralité financière du don suppose que le **prélèvement ou la collecte demeure sans incidence sur l'ensemble des sphères de l'existence du donneur**. Il en va ainsi des **conditions dans lesquelles le donneur peut accéder à l'assurance**.

---

<sup>1</sup> Article L. 1211-4 du code de la santé publique.

<sup>2</sup> Article L. 1211-4 du code de la santé publique.

<sup>3</sup> Article R. 1211-8 du code de la santé publique.

<sup>4</sup> Article R. 1211-5 du code de la santé publique.

<sup>5</sup> Articles R. 1211-2, R. 1211-3 et R. 1211-6 du code de la santé publique.

<sup>6</sup> Articles R. 1211-2 et R. 1211-4 du code de la santé publique.

<sup>7</sup> Article R. 1211-7 du code de la santé publique.

Ainsi, l'article 12 de la loi du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique<sup>1</sup> a proscrit toute discrimination directe ou indirecte à l'encontre des donneurs d'organes dans la conclusion d'un contrat d'assurance, dans sa tarification ou dans les garanties offertes<sup>2</sup>.

Ces dispositions ont par la suite été étendues aux donneurs de gamètes ou de cellules<sup>3</sup> en 2016.

**B. Malgré l'interdiction de la discrimination contre les donneurs, certains assureurs maintiennent des questions relatives à la réalisation d'un don du vivant dans leurs questionnaires de santé**

• Malgré l'interdiction de la discrimination à l'encontre des donneurs dans l'accès à l'assurance, certains organismes contournent la loi en interrogeant les candidats à l'assurance ou les assurés sur la réalisation d'un don d'organes, de cellules ou de gamètes.

Selon Renaloo, une association de patients atteints de maladies rénales, « il existe encore des questionnaires médicaux pouvant conduire, directement ou indirectement, à la déclaration d'un don d'organe. Une telle déclaration peut ensuite être utilisée pour apprécier le risque assuré. La motivation du refus n'est pas toujours explicitement liée au statut de donneur vivant »<sup>4</sup>.

Il est rappelé que l'assuré est tenu de répondre exactement aux questions posées par l'assureur, notamment dans le cadre des questionnaires de santé qui peuvent lui être soumis à la conclusion du contrat<sup>5</sup>.

L'Agence de la biomédecine estime, quant à elle, que l'article L. 111-8 du code des assurances, prohibant la discrimination des donneurs, fait l'objet d'un « respect variable », parce qu'il serait « largement méconnu »<sup>6</sup> des assureurs.

• Il convient toutefois de relever que la prise en compte de l'état de santé de l'assuré pour lui octroyer un contrat d'assurance maladie complémentaire ou en moduler les primes réclamées est proscrite pour les mutuelles<sup>7</sup> et, plus largement, pour l'ensemble des assureurs dans le cadre du contrat solidaire<sup>8</sup>.

Ces dispositions font donc obstacle à tout recours à des questionnaires de santé en vue de la souscription d'un contrat de complémentaire santé proposé par les mutuelles et, dans le cadre du contrat solidaire représentant 96,5 % du marché, par les assurances et institutions de prévoyance.

---

<sup>1</sup> Loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique.

<sup>2</sup> Article L. 111-8 du code des assurances.

<sup>3</sup> Article 191 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

<sup>4</sup> Contribution écrite de Renaloo, transmise au rapporteur.

<sup>5</sup> 2° de l'article L. 113-2 du code des assurances.

<sup>6</sup> Réponses écrites de l'Agence de la biomédecine au questionnaire du rapporteur.

<sup>7</sup> Article L. 110-2 du code de la mutualité.

<sup>8</sup> Article L. 862-4 du code de la sécurité sociale.

Elles ne proscrivent en revanche pas les questionnaires de santé au titre des autres risques assurables, notamment le risque décès.

**C. Le dispositif proposé : l'interdiction pour les assureurs de solliciter des informations sur la réalisation d'un don du vivant**

L'article 3 bis, inséré par la commission avec l'adoption de l'amendement COM-20 du rapporteur et de l'amendement identique COM-8 rectifié de Mme Souyris (Groupe Écologiste - Solidarité et Territoires), proscribit la sollicitation d'informations sur la réalisation d'un don d'organes, de cellules ou d'ovocytes dans le cadre des questions ou des formulaires de déclaration du risque soumis par l'assureur.

Il complète, pour ce faire, l'article L. 111-8 du code des assurances, qui proscribit la discrimination directe ou indirecte des donneurs vivants dans l'accès à l'assurance, dans la tarification des contrats ou dans le calibrage des garanties.

## **II - La position de la commission**

Attachée à la défense de l'effectivité du principe de neutralité financière du don, la commission a naturellement pleinement souscrit à l'intention portée par le rapporteur.

On ne peut, en effet, se satisfaire d'une application imparfaite de l'interdiction de discrimination des donneurs dans l'accès à l'assurance.

S'il semble, sur le fond, que les dispositions en vigueur devraient déjà faire obstacle à la sollicitation d'informations sur la réalisation d'un don du vivant par les candidats à l'assurance, elle déplore que de telles pratiques continuent d'avoir cours, profitant d'un flou juridique pour prospérer.

La commission estime donc qu'il appartient au législateur de prendre ses responsabilités pour éviter de tels contournements de la loi, en proscrivant explicitement la sollicitation d'informations sur la réalisation d'un don du vivant par les candidats à l'assurance par les assureurs dans le cadre de questionnaires de santé.

Si de telles pratiques n'ont rien de systématique selon les auditions conduites par le rapporteur, il convient pour autant de les faire cesser.

La commission a adopté cet article dans la rédaction des amendements COM-20 et COM-8 rectifié.

*Article 4*

**Gage financier de la proposition de loi**

*Cet article gage, par une majoration de l'accise sur les tabacs, les conséquences financières résultant, pour les organismes de sécurité sociale, de l'adoption de la présente proposition de loi.*

*La commission a adopté cet article sans modification.*

**I - Le dispositif proposé**

L'article 4 gage l'incidence de la proposition de loi sur les finances des organismes de sécurité sociale, par majoration à due concurrence de l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I<sup>er</sup> du livre III du code des impositions sur les biens et services.

**II - La position de la commission**

Limitée dans son initiative par les règles de recevabilité financière découlant de l'application de l'article 40 de la Constitution du 4 octobre 1958, la commission n'est pas en mesure de lever d'elle-même ce gage. Elle appelle toutefois le Gouvernement à procéder à la suppression du gage financier au cours de la séance publique.

**La commission a adopté cet article sans modification.**



## EXAMEN EN COMMISSION

*Réunie le mercredi 4 juin 2026, sous la présidence de M. Philippe Mouiller, président, la commission examine le rapport de M. Jean Sol, rapporteur, sur la proposition de loi (n° 458, 2025-2026) visant à garantir la neutralité financière du don d'organes par les vivants.*

**M. Philippe Mouiller, président.** – Nous passons à l'examen du rapport de Jean Sol et à l'élaboration du texte de la commission sur la proposition de loi visant à garantir la neutralité financière du don d'organes par les vivants, dont je suis le premier signataire.

Comme les deux autres textes que nous examinerons ensuite ce matin, ce texte est inscrit à l'ordre du jour des travaux du Sénat le mardi 9 juin.

**M. Jean Sol, rapporteur.** – L'année 2026 marquera le cinquantième anniversaire de la loi Caillavet. Issu d'une proposition de loi sénatoriale, ce texte fut le premier à conférer un socle législatif au don d'éléments et produits du corps humain par les vivants.

Il fixa un principe : la gratuité du don, qui n'a jamais été remise en question depuis et a même, au contraire, été consolidée au gré des lois de bioéthique successives. La gratuité constitue, avec l'anonymat et le consentement, l'un des trois piliers sur lesquels repose le cadre juridique du don d'éléments et de produits du corps humain.

Avec la loi de bioéthique de 2004, le principe de gratuité du don a été complété par son corollaire chez les vivants : le principe de neutralité financière du don. L'acte de donner doit donc être rigoureusement neutre financièrement pour le donneur vivant, qui ne saurait ni s'enrichir ni s'appauvrir du fait du prélèvement.

Cette même loi a confié à l'établissement de santé en charge du prélèvement ou de la collecte le soin d'organiser la neutralité financière du don du vivant. Il lui revient donc de solvabiliser, en dernier ressort, l'ensemble des dépenses consécutives au don qui n'auraient pas déjà été prises en charge par ailleurs.

Le principe de neutralité financière couvre un champ étendu, incluant notamment les frais de santé liés à la préparation, à la réalisation, au suivi et aux suites du don, mais ne s'y bornant pas. Il embrasse en effet également les frais d'hébergement, de transport et les pertes professionnelles encourues au titre du don, pour le donneur comme pour un accompagnant, en cas de nécessité.

Plus de 4 000 nouveaux donneurs sont supposés en bénéficier chaque année, pour deux visées thérapeutiques.

D'une part, pour ce qui concerne les greffes, on dénombre environ 600 donateurs vivants d'organes par an, représentant 10 % de l'ensemble des donateurs d'organes. Dans plus de 95 % du temps, l'organe donné est le rein, mais une vingtaine de dons de lobes de foie par des vivants sont à signaler chaque année. Comme la loi l'exige, les donateurs vivants d'organes sont toujours des proches du receveur : famille, conjoint, voire ami intime. S'y ajoutent quelque 1 300 donateurs de cellules souches hématopoïétiques, par prélèvement de moelle osseuse ou dans le sang périphérique. Pour l'essentiel anonymes, ces prélèvements sont déterminants, notamment pour lutter contre la leucémie.

Le don concourt, d'autre part, à la procréation médicalement assistée : on dénombre près de 2 000 dons de gamètes en 2024, répartis équitablement entre dons d'ovocytes et de spermatozoïdes, auxquels s'ajoutent environ 200 dons d'embryons.

Toutefois, l'écart entre la promesse de la neutralité financière du don et la réalité vécue par les donateurs apparaît parfois vertigineux. Une étude menée par l'Agence de la biomédecine au début des années 2010 a démontré qu'un donneur de rein sur cinq subissait un préjudice financier, atteignant un niveau moyen de 1 567 euros sur les seules pertes professionnelles. Le principe de neutralité financière du don se heurte en effet à la fois à des limites dans sa conception même, et à des difficultés d'application en raison d'un cadre légal désormais daté.

Le présent texte contient quatre articles visant à répondre aux difficultés que je viens d'évoquer, afin de garantir – enfin – une neutralité financière réelle du don par les vivants.

Je tenais à remercier personnellement le président Mouiller, qui en est l'auteur, d'avoir amené ce sujet important dans le débat public, et de m'avoir fait l'honneur de me désigner rapporteur de ce texte ô combien important.

L'article 1<sup>er</sup> vise à refondre le cadre législatif dans lequel s'opère le principe de neutralité financière du don, en transférant de l'hôpital préleveur à l'assurance maladie la charge de gérer les remboursements pour les donateurs.

Ce faisant, il cherche à répondre aux nombreuses limites pratiques qu'entraîne la gestion du mécanisme par les hôpitaux, décrite comme relativement efficace pour la prise en charge des frais de santé en établissement, mais largement décriée pour le remboursement des frais de santé en ville ou des frais connexes.

Du côté des donateurs, les associations de patients auditionnées sont unanimes pour déplorer les conditions de prise en charge offertes par les hôpitaux. Elles regrettent des délais de remboursement importants et en augmentation, pouvant atteindre plusieurs mois, parfois un semestre, dans un contexte de trésorerie très dégradé pour une large partie des établissements de santé. Les associations font également état de réticences, voire de refus de

prise en charge financière par les hôpitaux, tous ne témoignant pas d'un niveau d'information satisfaisant sur le cadre de la neutralité financière du don malgré la publication d'un guide par l'Agence de la biomédecine il y a maintenant plus de dix ans.

De cette méconnaissance surgit également un manque d'uniformité dans la gestion des remboursements, qui tend à se muer en une rupture d'équité entre les donneurs. Ainsi, seuls certains hôpitaux acceptent de prendre en charge les frais de garde d'enfants ou les frais de bouche, tandis que le degré d'exigence des justificatifs à apporter pour ouvrir droit à la prise en charge varie considérablement d'un établissement à l'autre.

Faire valoir ses droits s'apparente donc trop souvent, pour les donneurs, à un parcours du combattant, alors qu'un traitement bienveillant serait la moindre des reconnaissances à leur offrir.

De leur côté, les établissements ne font pas mystère des contraintes qu'entraîne, pour eux, la gestion des remboursements aux donneurs. Ils dénoncent notamment la lourdeur de cette charge, consommatrice de temps administratif, mais aussi de temps soignant. Celle-ci est d'autant plus élevée que les volumes de donneurs dans chaque établissement sont faibles, faisant obstacle à la constitution d'une expertise suffisante pour accélérer le traitement. Rappelons, à cet égard, ce que nul ici n'ignore : la mission principale des hôpitaux est de soigner la population, et non d'assurer le remboursement de frais de santé.

À l'heure de s'interroger sur la pertinence du maintien de la gestion du principe de neutralité financière du don par les hôpitaux, il convient de se remémorer les raisons qui avaient poussé le législateur à lui confier cette tâche. À une époque où le parcours du donneur était encore concentré au sein de l'établissement assurant le prélèvement et où le tiers payant en ville était moins répandu qu'aujourd'hui, il s'agissait d'assurer la prise en charge sans avance de frais d'un maximum de soins du donneur.

Alors que le parcours du donneur est plus que jamais imbriqué entre ville et hôpital, la gestion des remboursements par l'établissement préleveur se justifie de moins en moins : c'est d'ailleurs sur les frais de ville que les difficultés d'application sont concentrées.

Les autres dispositions de l'article 1<sup>er</sup> visent, tout comme les articles 2 et 3, à répondre à des failles structurelles du principe de neutralité financière. Celui-ci ne couvre en effet pas tous les frais existants, et n'exclut pas la survenue de certains restes à charge, liés à l'applicabilité des franchises et du délai de carence aux donneurs.

L'article 1<sup>er</sup> fixe le principe d'une prise en charge des frais « de toute nature » liés à la préparation, à la réalisation, au suivi et aux suites du don, de sorte à inviter le pouvoir réglementaire à incorporer de nouveaux postes de prise en charge au sein des garanties offertes aux donneurs, à l'instar des frais de garde d'enfant.

L'article 2 rend inapplicables aux frais de santé encourus au titre du don les participations forfaitaires et les franchises, deux mécanismes de ponction sur le remboursement par l'assurance maladie au titre des frais de santé hors hospitalisation, visant à responsabiliser le patient dans ses recours au système de soins. L'application de ces deux forfaits peut entraîner jusqu'à 100 euros de reste à charge annuel pour le donneur, insusceptibles d'être solvabilisés par une complémentaire santé. Elle porte, en cela, une atteinte directe au principe de neutralité du don. Du reste, vous en conviendrez, mes chers collègues, nul n'est besoin de « responsabiliser » les donateurs, auteurs d'actes profondément nobles, d'actes de générosité, d'altruisme, qui permettent de sauver des vies de proches ou d'inconnus.

L'article 3 prévoit, enfin, d'écarter l'application du délai de carence pour l'indemnisation des arrêts de travail prescrits aux donateurs vivants en raison du prélèvement ou de la collecte dont ils ont fait l'objet. De même que les participations forfaitaires et les franchises, ce délai de carence porte atteinte au principe de neutralité financière du don. Celui-ci empêche en effet toute indemnisation sur une période donnée, dans la mesure où l'indemnisation complémentaire pour perte de revenus n'est versée par l'établissement de santé qu'après application des jours de carence, selon les auditions que nous avons conduites.

Je partage la conviction du président Mouiller. L'assurance maladie, dont le cœur de métier consiste précisément à gérer la prise en charge des frais de millions d'assurés, parfois selon des règles très complexes, serait aujourd'hui mieux à même que les hôpitaux d'assumer la gestion du principe de neutralité financière du don.

En ce sens, l'application de l'article 1<sup>er</sup> permettrait une amélioration considérable des délais de remboursement ainsi qu'une uniformisation de la politique menée.

S'il est vrai que la prise en charge des pertes de revenus ou des frais d'hébergement est inhabituelle pour l'assurance maladie, observons toutefois que de tels frais peuvent être indirectement rattachés à des catégories de prestations existantes, comme les indemnités journalières ou l'hébergement temporaire non médicalisé. Du reste, comme le font valoir les hôpitaux, l'assurance maladie est indubitablement mieux calibrée pour gérer la complexité du mécanisme de neutralité financière que ne le sont les établissements de santé : il n'y a donc pas lieu d'invoquer la difficulté technique pour s'opposer à l'article 1<sup>er</sup>.

Toutefois, je conviens que l'article 1<sup>er</sup> ainsi que l'article 2 nécessitent, pour leur application, que soient renforcées les capacités de l'assurance maladie à identifier les donateurs et les frais associés au don. Il s'agit là du nerf de la guerre : sans traçabilité des donateurs, il ne sera pas possible pour l'assurance maladie d'appliquer les règles différenciées permettant de garantir le principe de neutralité financière du don. D'ailleurs, l'exonération

de ticket modérateur sur les frais de santé en lien avec le don, déjà en vigueur aujourd'hui, reste largement inappliquée en ville, faute pour l'assurance maladie d'être en mesure de déterminer quand elle doit être accordée.

Pour ces raisons, je défendrai deux amendements visant à différer de deux ans au plus l'entrée en vigueur des articles 1<sup>er</sup> et 2, afin de laisser à l'assurance maladie le temps indispensable à la refonte de ses systèmes d'information et de prévenir tout risque de rupture de prise en charge pour les donneurs. J'appelle toutefois l'ensemble des acteurs à s'engager résolument en faveur d'une application rapide de ces articles, au vu de l'ampleur des atteintes aujourd'hui constatées au principe de neutralité financière.

Dans le même élan, je vous soumettrai un amendement visant à réécrire largement l'article 2, afin d'en faire le support d'un véritable statut législatif du donneur vivant. Inspirée du statut des victimes du terrorisme, cette évolution décisive et très attendue doit améliorer l'identification et le suivi des donneurs par les pouvoirs publics, afin de donner une traduction effective à la neutralité financière que la loi leur promet.

Ce statut comprend les différentes règles de prise en charge dérogatoires liées au don, mais est également associé à une interdiction de se voir opposer des dépassements d'honoraires sur les frais en lien avec le don et, pour ce qui concerne le don d'organes, à une priorité d'accès à la greffe en cas de problème de santé ultérieur lié au prélèvement.

Mon dernier axe de travail sur ce texte aura été d'approfondir l'application du principe de neutralité financière au-delà des pouvoirs publics. Dans la mesure où le donneur est en bonne santé, les examens préalables au don ne relèvent pas d'un arrêt de travail : les employés recourent donc, le plus souvent, à des congés pour y assister. Cette solution n'est pas satisfaisante au regard du principe de neutralité, et l'est d'autant moins lorsque le salarié est susceptible de liquider ses congés. Par conséquent, je vous proposerai d'adopter un amendement à l'article 3, portant création d'un régime d'autorisation d'absences pour permettre au donneur potentiel d'assister aux examens et aux interventions nécessaires au prélèvement. Il s'agit là d'étendre à l'ensemble des donneurs vivants le cadre déjà en vigueur pour le seul don d'ovocytes, dans une logique d'équité et d'uniformisation.

Enfin, je vous proposerai d'adopter un article additionnel visant à renforcer la protection contre les discriminations assurantielles subies par les donneurs d'éléments et produits du corps humain, en interdisant toute sollicitation d'informations sur la réalisation d'un don du vivant dans le cadre des questionnaires de santé.

J'aimerais, avant de conclure, évoquer plus généralement le sujet de la greffe d'organes en France. En 2025, 966 patients sont morts dans l'attente d'une greffe. La liste nationale d'attente a, comme chaque année, atteint un niveau record : on y recense 23 294 patients.

Cette situation témoigne d'une déconnexion de long terme entre l'offre de greffons et les besoins en greffe. Il nous revient de prendre acte de l'échec du plan greffe 2022-2026, qui n'aura permis d'atteindre les objectifs minimaux fixés ni en matière de développement de la greffe d'organes ni en matière de montée en charge du don du vivant.

Le don *post-mortem* était inhibé par un taux d'opposition de 37 % en 2025, historiquement haut et presque deux fois plus élevé qu'en Espagne. Face à la désinformation sur la greffe, il nous faut mener des efforts résolus en matière de communication : combien de nos concitoyens savent que le don ne porte en règle générale pas atteinte à l'apparence physique du cadavre, grâce à un habile travail de reconstruction et de restauration ? Combien savent qu'aucune des trois religions du livre ne proscriit le don *post-mortem* ? Combien connaissent l'importance d'indiquer à ses proches son souhait de donner, ou de s'inscrire, au contraire, sur le registre national des refus ?

Sur le don du vivant, la sensibilisation doit d'abord et avant tout passer par les professionnels de santé. Alors que la greffe est une solution nettement plus respectueuse de la qualité de vie des patients et, par ailleurs, plus économe que la dialyse, l'information des patients dialysés sur la possibilité de recourir à un don du vivant, associé à de meilleurs pronostics et à des délais amoindris, demeure malheureusement trop rare ou trop tardive.

Je voudrais, enfin, dire ma reconnaissance à l'ensemble des donneurs vivants. Le don est un acte d'une grande noblesse, généreux et courageux. Notre société, fondée sur le principe de fraternité, ne saurait se contenter de recevoir le geste des donneurs ; elle doit s'engager à les protéger en retour. Cette proposition de loi s'inscrit clairement en ce sens, en portant des mesures utiles et attendues des donneurs, même si certains points comme le développement du tiers payant ou la compensation des pertes professionnelles de certains indépendants resteront à traiter, en lien avec le Gouvernement. C'est pourquoi je vous invite à accorder à cette proposition de loi une vaste majorité.

Il me revient enfin, en tant que rapporteur, de vous proposer un périmètre pour l'application de l'article 45 de la Constitution. Je vous propose de considérer que ce périmètre inclut des dispositions relatives aux conditions de prise en charge des donneurs d'éléments et produits du corps humain ; aux aménagements du droit du travail, des assurances ou de la sécurité sociale ayant un effet sur la neutralité financière du don d'éléments et produits du corps humain.

En revanche, je considère que ne présenteraient pas de lien, même indirect, avec le texte, des amendements relatifs aux conditions générales de prise en charge des frais de santé ; à l'organisation et aux principes généraux du don d'éléments et de produits du corps humain ; au régime d'autorisation des établissements à participer au prélèvement ou à la collecte d'éléments et produits du corps humain.

*Il en est ainsi décidé.*

**M. Philippe Mouiller, président.** – Merci d’avoir enrichi ce texte, notamment par la création du statut de donneur vivant, que le Gouvernement pourra préciser.

**Mme Florence Lassarade.** – Je salue l’initiative qui a été prise. Dans le cadre du travail d’évaluation de la loi relative à la bioéthique de 2021 que nous menons avec Martine Berthet, en tant que rapporteuses de l’Office parlementaire d’évaluation des choix scientifiques et technologiques (Opecst), nous avons pris conscience que, si le donneur est souvent bien entouré au moment du don, il se sent souvent « orphelin » par la suite. Il est donc important qu’il puisse y avoir un suivi des donneurs, sans frais.

Je soulignerai également l’atonie de la dynamique des dons dans notre pays, contrairement à l’Espagne où l’on constate un altruisme exceptionnel. On peut s’interroger, s’agissant de deux pays latins, sur ce qui diffère.

Il est très important d’apporter à ces donneurs la chaleur et le soutien qu’ils ne ressentent pas toujours. Les dons d’ovocytes exigent des traitements pouvant modifier la santé et nécessitant un suivi effectif.

**Mme Émilienne Poumirol.** – Je salue l’intérêt de cette proposition de loi et je remercie le rapporteur pour les améliorations qu’il a apportées.

Nous nous interrogeons effectivement sur la différence entre l’Espagne et la France s’agissant des dons d’organes.

Cela peut d’abord s’expliquer par l’application de critères plus simples en Espagne pour constater la mort cérébrale s’agissant des dons *post-mortem*.

Ensuite, pour avoir participé à un colloque sur la désinformation en matière médicale, je peux vous dire que la situation est dramatique. Le taux d’opposition au don *post-mortem* de 37 % va de pair avec tout ce qui relève du complotisme, des mouvements « antivax », *etc.* Il est temps d’élaborer un véritable plan pour encourager les dons, puisque l’on peut considérer que les résultats du précédent ne sont pas très positifs : nous revenons à peine aux chiffres d’avant 2020. Ce constat est inquiétant.

Le transfert à l’assurance maladie semble effectivement être la solution la plus logique : il n’appartient pas aux soignants de récupérer les bulletins de salaire, les factures d’hébergement, *etc.* Or l’assurance maladie se montre très réticente – c’est le moins que l’on puisse dire ! –, arguant de la difficulté de la tâche. Il serait intéressant de regrouper l’ensemble des cas, puisqu’il y en a à peine quelques milliers, dans un centre unique, afin de simplifier les choses.

Le statut de donneur vivant proposé par le rapporteur est une excellente idée : le patient pourra être suivi tout au long de sa vie.

S'agissant du jour de carence et des autorisations d'absence, il existe une inégalité entre les secteurs privé et public. Il serait souhaitable d'harmoniser les régimes.

Enfin, l'intérêt pour le patient est évident : entre des dialyses trois fois par semaine et une greffe, il n'y a pas photo ! De plus, sur le plan économique, un don de rein représente 70 000 euros l'année de l'intervention, puis ce coût est divisé par trois ou par quatre les années suivantes. À l'inverse, un patient en dialyse coûte 70 000 euros chaque année. Les chiffres parlent d'eux-mêmes.

**Mme Anne Souyris.** – Je vous remercie pour ce texte qui est, à mon sens, important, humaniste et nécessaire dans notre paysage législatif, d'autant que le travail a été mené avec l'association de patients atteints de maladies rénales Renaloo, les patients et les personnes concernées.

Nous voterons avec enthousiasme ce texte, que nous proposerons de renforcer sur quelques points.

Le statut de donneur vivant est une très bonne proposition, à laquelle nous souscrivons pleinement. La prise en charge avec un tiers payant et sans avance de frais nous semble primordiale pour que les donneurs n'aient pas à déboursier d'argent avant d'être remboursés, ce qui peut en effet s'avérer dissuasif. Il est important d'inclure explicitement le ticket modérateur dans les exonérations.

La question des dépassements d'honoraires pour les actes liés au don s'inscrit exactement dans la même logique : il ne devrait y avoir aucun dépassement en la matière. Les praticiens exerçant en secteur 2 doivent faire des efforts, comme ils le font pour d'autres publics particuliers.

Concernant le délai de carence, il serait pertinent de l'élargir à l'ensemble du parcours du don.

J'évoque ces points, car les obstacles et les complications potentielles peuvent dissuader les donneurs. Ces difficultés pourraient être levées par cette loi.

Je terminerai sur la nécessité de compenser intégralement les pertes de revenus, y compris pour les travailleurs indépendants et les professions libérales, afin qu'il n'y ait aucune pénalisation liée au don.

**M. Jean Sol, rapporteur.** – Le statut du donneur vivant commence dès la préparation du don et serait accordé à vie en cas de réalisation, sauf pour les dons de gamètes.

L'Espagne a effectué des choix politiques pour prioriser les dons, notamment au niveau de la formation et de la disponibilité des blocs opératoires. Bien que cela puisse paraître anodin, intégrer un prélèvement dans un bloc opératoire ayant une activité importante n'est pas toujours facile. Un important travail doit être mené en matière de sensibilisation, car le don d'organe est un don de soi qui doit être soutenu, accompagné et encouragé.

Mme Poumirol a souligné l'impact de la désinformation. En France, nous observons une augmentation du taux d'opposition qui nous impose de nous interroger : ce taux s'élevait à 37 % en 2025, alors qu'il se situe autour de 20 % en Espagne.

La création d'un seul centre pour gérer l'ensemble des donneurs est une bonne idée. Cependant, cette mesure relève, à mon sens, de la responsabilité du pouvoir réglementaire.

Enfin, la question du tiers payant est effectivement très importante, sachant que l'avance demandée aux donneurs, notamment de rein, atteint 430 euros en moyenne selon une enquête de l'Agence de la biomédecine. Nous avons sollicité le Gouvernement pour étudier les possibilités de remédier à cet écueil. Nous verrons la réponse qui nous sera apportée. Par ailleurs, notre amendement sur le statut du donneur prévoit bien l'interdiction des dépassements d'honoraires.

**M. Philippe Mouiller, président.** – L'idée d'avoir un lieu unique de traitement des dossiers par l'assurance maladie me semble être la voie à suivre.

#### EXAMEN DES ARTICLES

##### *Article 1<sup>er</sup>*

**M. Jean Sol, rapporteur.** – Le transfert de la gestion de l'application du principe de neutralité financière du don à l'assurance maladie suppose des développements informatiques importants, afin de permettre à cette dernière d'identifier les donneurs et les actes réalisés en lien avec le don.

L'amendement **COM-12** tend à fixer l'entrée en vigueur de l'article 1<sup>er</sup> au plus tard deux ans après la promulgation du texte. Cette échéance, suffisamment souple pour éviter tout risque de rupture de prise en charge pour les donneurs et suffisamment proche pour répondre à l'urgence d'améliorer leur prise en charge, pourra être hâtée par décret si l'assurance maladie est prête à assumer ses nouvelles missions plus tôt qu'exigé.

*L'amendement COM-12 est adopté.*

*L'article 1<sup>er</sup> est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.*

##### *Après l'article 1<sup>er</sup>*

**M. Jean Sol, rapporteur.** – L'amendement **COM-11** rectifié *bis* vise à interdire tout dépassement d'honoraires pour les donneurs d'organes, même sans lien avec le don.

Cette proposition semble contrevenir au principe de gratuité du don, puisque l'adoption de cet amendement conduirait à limiter la charge encourue par les donneurs en dehors des actes et des prestations en lien avec le don. Par conséquent, j'y suis défavorable.

Je proposerai, dans la suite des débats, un amendement plus complet, portant notamment sur l'interdiction des dépassements d'honoraires, sauf exception, pour les actes en lien avec la préparation, la réalisation, le suivi ou les suites du don, et ce qu'il s'agisse d'un don d'organes, de cellules souches ou de gamètes.

*L'amendement COM-11 rectifié bis n'est pas adopté.*

### **Article 2**

*L'amendement de correction COM-13 est adopté.*

**M. Jean Sol, rapporteur.** – L'amendement COM-14 tend à créer un statut administratif du donneur vivant, applicable aux donneurs d'organes, de cellules souches hématopoïétiques, notamment par don de moelle osseuse, et de gamètes.

Inspiré du statut des victimes d'actes de terrorisme, ce statut doit permettre d'améliorer l'identification et le suivi des donneurs par les pouvoirs publics, afin de donner une traduction effective à la neutralité financière que la loi leur promet. Il incorpore, outre les modalités de prise en charge dérogatoires des donneurs, une interdiction de leur opposer des dépassements d'honoraires sur les actes en lien avec le don, et une priorité d'accès à la greffe, pour ce qui concerne les donneurs d'organes.

*L'amendement COM-14 est adopté. En conséquence, les amendements COM-3, COM-1 et COM-9 deviennent sans objet.*

*L'amendement de cohérence rédactionnelle COM-15 est adopté.*

**M. Jean Sol, rapporteur.** – Rendre inapplicables les franchises et les participations forfaitaires aux donneurs suppose des développements informatiques importants en vue d'identifier les assurés et les actes concernés.

Pour les mêmes raisons qu'à l'article 1<sup>er</sup>, il est donc proposé de fixer l'entrée en vigueur des dispositions portées par l'article 2 à une date fixée par décret, et au plus tard deux ans après la promulgation de cette proposition de loi. Tel est l'objet de l'amendement COM-16.

*L'amendement COM-16 est adopté.*

*L'article 2 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.*

### **Article 3**

*Les amendements de coordination COM-17 et COM-18 sont adoptés.*

**M. Jean Sol, rapporteur.** – L'amendement COM-19 vise à étendre aux donneurs d'organes, de cellules hématopoïétiques et de spermatozoïdes le régime des autorisations d'absence d'ores et déjà applicable aux donneuses d'ovocytes. Il s'agit de permettre aux donneurs de s'absenter du travail pour se rendre aux examens et se soumettre aux interventions nécessaires en vue du don.

En effet, de telles absences ne relèvent pas, en droit, d'un arrêt de travail indemnisé, subordonné à une « *incapacité physique [...] de continuer ou de reprendre le travail* » aux termes de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale. Il est donc fréquent que les salariés doivent prendre des jours de congés pour se soumettre aux examens préparatoires au don, ce qui n'est pas satisfaisant au regard du principe de neutralité financière, d'autant plus lorsque le salarié est susceptible de liquider ses congés.

L'amendement **COM-5** procède du même esprit que l'amendement COM-19 : il vise à créer un régime d'autorisation d'absence pour les donneurs du vivant. Toutefois, il ne prévoit pas d'abroger le régime d'autorisation d'absences pour le don d'ovocytes. Deux régimes resteraient donc en concurrence, alors que l'amendement que je vous ai soumis va vers une simplification et une uniformisation pour plus d'équité entre les donneurs. Mon avis sera favorable si l'amendement est rectifié pour être rendu identique à l'amendement COM-19.

*L'amendement COM-5 est ainsi modifié.*

*Les amendements identiques COM-19 et COM-5 sont adoptés.*

*L'article 3 est adopté dans la rédaction issue des travaux de la commission.*

### ***Après l'article 3***

**M. Jean Sol, rapporteur.** – L'amendement **COM-6** vise à supprimer le délai de carence sur le versement de l'indemnisation de l'employeur prévue en complément des indemnités journalières (IJ). J'en comprends bien l'esprit, mais cet amendement me semble globalement satisfait du point de vue du donneur.

En effet, le donneur bénéficie d'une garantie contre l'absence de pertes professionnelles en lien avec le prélèvement. Pour chaque arrêt de travail, une indemnité complémentaire aux IJ est donc versée par l'établissement de santé préleveur, permettant de compléter intégralement le salaire de l'assuré jusqu'à 7 Smic.

L'avis est défavorable.

*L'amendement COM-6 n'est pas adopté.*

**M. Jean Sol, rapporteur.** – L'amendement **COM-20** tend à renforcer la protection contre les discriminations assurantielles subies par les donneurs d'éléments et de produits du corps humain. Si la loi proscriit déjà toute discrimination directe ou indirecte à leur encontre dans l'accès à l'assurance et sa tarification, les associations de patients déplorent que des questions relatives au don par les vivants figurent encore dans certains questionnaires de santé.

Afin d'éviter toute discrimination et de garantir ainsi le principe de neutralité financière du don, il convient donc de proscrire la sollicitation de telles informations par l'assureur.

L'amendement **COM-8** a le même objet que l'amendement COM-20, mais se réfère au code de la santé publique, alors qu'il semblerait plus pertinent d'insérer ces dispositions dans le code des assurances. En outre, il ne vise que le don d'organes, à l'exclusion des autres dons du vivant.

Je n'y suis donc favorable qu'à condition qu'il soit rectifié pour être rendu identique à l'amendement COM-20.

*L'amendement COM-8 est ainsi modifié.*

*Les amendements identiques COM-20 et COM-8 sont adoptés et deviennent article additionnel.*

#### **Article 4**

*L'article 4 est adopté sans modification.*

#### **Intitulé de la proposition de loi**

**M. Jean Sol, rapporteur.** – La proposition de loi ne s'attachant pas à garantir la neutralité financière du seul don d'organes, mais bien également celle du don de moelle osseuse et de gamètes, l'amendement **COM-21** tend à compléter en ce sens l'intitulé de la proposition de loi.

*L'amendement COM-21 est adopté.*

*L'intitulé de la proposition de loi est ainsi modifié.*

*La proposition de loi est adoptée dans la rédaction issue des travaux de la commission.*

**M. Philippe Mouiller, président.** – Je me félicite de cette adoption à l'unanimité.

#### **TABLEAU DES SORTS**

<b>Auteur</b>	<b>N°</b>	<b>Objet</b>	<b>Sort de l'amendement</b>
<b>Article 1er : Transfert à l'assurance maladie de la gestion des remboursements au titre du principe de neutralité financière du don, et extension de son champ</b>			
<b>M. SOL, rapporteur</b>	12	Entrée en vigueur différée au plus deux ans après la promulgation	<b>Adopté</b>
<b>Article(s) additionnel(s) après l'article 1<sup>er</sup></b>			
Mme POUMIROL	11 rect. <i>bis</i>	Interdiction des dépassements d'honoraires à l'encontre des donneurs vivants, y compris sur les frais sans lien avec le don	<b>Rejeté</b>

<b>Article 2 : Non-applicabilité de la participation forfaitaire et de la franchise aux actes et produits en lien avec un don ou un prélèvement</b>			
<b>M. SOL, rapporteur</b>	13	Correction d'une erreur matérielle en vigueur	<b>Adopté</b>
<b>M. SOL, rapporteur</b>	14	Création d'un statut du donneur vivant, incluant le régime de prise en charge financière dérogatoire, dont l'inapplicabilité des participations forfaitaires, franchises et délai de carences, l'interdiction de pratiquer des dépassements d'honoraires sur les actes en lien avec le don, et une priorité d'accès à la greffe pour les donneurs d'organes vivants	<b>Adopté</b>
Mme SOUYRIS	3	Précision quant au champ couvert par l'exonération de ticket modérateur, de participation forfaitaire et de franchise annuelle pour les donneurs vivants	<b>Satisfait ou sans objet</b>
<b>M. SOL, rapporteur</b>	15	Amendement de cohérence rédactionnelle	<b>Adopté</b>
Mme SOUYRIS	1	Création d'un statut du donneur vivant et interdiction des dépassements d'honoraires à l'encontre des donneurs	<b>Satisfait ou sans objet</b>
Mme SOUYRIS	9	Interdiction des dépassements d'honoraires sur les actes et prestations en lien avec la préparation, la réalisation, le suivi et les soins d'un don du vivant	<b>Satisfait ou sans objet</b>
<b>M. SOL, rapporteur</b>	16	Entrée en vigueur différée à une date fixée par décret, et au plus tard deux ans après la promulgation	<b>Adopté</b>
<b>Article 3 : Non-applicabilité du délai de carence à l'indemnisation des arrêts de travail en lien avec le don</b>			
<b>M. SOL, rapporteur</b>	17	Coordination juridique	<b>Adopté</b>
<b>M. SOL, rapporteur</b>	18	Coordination juridique	<b>Adopté</b>
<b>M. SOL, rapporteur</b>	19	Extension du régime d'autorisation d'absence auprès de l'employeur, aujourd'hui applicable au seul don d'ovocytes, aux donneurs d'organes, de cellules hématopoïétiques et de spermatozoïdes	<b>Adopté</b>
Mme SOUYRIS	5	Création d'un régime d'autorisation d'absence pour les donneurs vivants	<b>Adopté avec modification</b>
<b>Article(s) additionnel(s) après l'article 3</b>			
Mme SOUYRIS	6	Absence de délai de carence sur le versement de l'indemnisation complémentaire par l'employeur	<b>Rejeté</b>
<b>M. SOL, rapporteur</b>	20	Interdiction pour l'assureur de solliciter des informations portant sur la réalisation d'un don du vivant	<b>Adopté</b>
Mme SOUYRIS	8	Interdiction pour l'assureur de solliciter des informations portant sur la réalisation d'un don du vivant	<b>Adopté avec modification</b>
<b>Proposition de loi visant à garantir la neutralité financière du don d'organes par les vivants</b>			
<b>M. SOL, rapporteur</b>	21	Modification de l'intitulé de la proposition de loi	<b>Adopté</b>



**RÈGLES RELATIVES À L'APPLICATION DE L'ARTICLE 45  
DE LA CONSTITUTION ET DE L'ARTICLE 44 BIS, ALINÉA 3,  
DU RÈGLEMENT DU SÉNAT (« CAVALIERS »)**

Si le premier alinéa de l'article 45 de la Constitution, depuis la révision du 23 juillet 2008, dispose que « *tout amendement est recevable en première lecture dès lors qu'il présente un lien, même indirect, avec le texte déposé ou transmis* », le Conseil constitutionnel estime que cette mention a eu pour effet de consolider, dans la Constitution, sa jurisprudence antérieure, reposant en particulier sur « *la nécessité pour un amendement de ne pas être dépourvu de tout lien avec l'objet du texte déposé sur le bureau de la première assemblée saisie* »<sup>1</sup>.

De jurisprudence constante et en dépit de la mention du texte « *transmis* » dans la Constitution, le Conseil constitutionnel apprécie ainsi l'existence du lien par rapport au contenu précis des dispositions du texte initial, déposé sur le bureau de la première assemblée saisie<sup>2</sup>.

Pour les lois ordinaires, le seul critère d'analyse est le lien matériel entre le texte initial et l'amendement, la modification de l'intitulé au cours de la navette restant sans effet sur la présence de « cavaliers » dans le texte<sup>3</sup>. Pour les lois organiques, le Conseil constitutionnel ajoute un second critère : il considère comme un « cavalier » toute disposition organique prise sur un fondement constitutionnel différent de celui sur lequel a été pris le texte initial<sup>4</sup>.

En application des articles 17 *bis* et 44 *bis* du Règlement du Sénat, il revient à la commission saisie au fond de se prononcer sur les irrecevabilités résultant de l'article 45 de la Constitution, étant précisé que le Conseil constitutionnel les soulève d'office lorsqu'il est saisi d'un texte de loi avant sa promulgation.

---

<sup>1</sup> Cf. *commentaire de la décision n° 2010-617 DC du 9 novembre 2010 – Loi portant réforme des retraites.*

<sup>2</sup> Cf. *par exemple les décisions n° 2015-719 DC du 13 août 2015 – Loi portant adaptation de la procédure pénale au droit de l'Union européenne et n° 2016-738 DC du 10 novembre 2016 – Loi visant à renforcer la liberté, l'indépendance et le pluralisme des médias.*

<sup>3</sup> *Décision n° 2007-546 DC du 25 janvier 2007 – Loi ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions et modifiant le code de la santé publique.*

<sup>4</sup> *Décision n° 2020-802 DC du 30 juillet 2020 – Loi organique portant report de l'élection de six sénateurs représentant les Français établis hors de France et des élections partielles pour les députés et les sénateurs représentant les Français établis hors de France.*

En application du *vade-mecum* sur l'application des irrecevabilités au titre de l'article 45 de la Constitution, adopté par la Conférence des Présidents, la commission des affaires sociales **a arrêté**, lors de sa réunion du mercredi 3 juin 2026, **le périmètre indicatif de la proposition de loi n° 458 (2025-2026) visant à garantir la neutralité financière du don d'organes par les vivants.**

Elle a considéré que **ce périmètre incluait** des dispositions relatives :

- aux conditions de prise en charge des donneurs d'éléments et produits du corps humain ;

- aux aménagements du droit du travail, des assurances ou de la sécurité sociale ayant un effet sur la neutralité financière du don d'éléments et produits du corps humain.

En revanche, la commission a estimé que ne présentaient **pas de lien, même indirect, avec le texte déposé**, des amendements relatifs :

- aux conditions générales de prise en charge des frais de santé ;

- à l'organisation et aux principes généraux du don d'éléments et de produits du corps humain ;

- au régime d'autorisation des établissements à participer au prélèvement ou à la collecte d'éléments et produits du corps humain.

## LISTE DES PERSONNES ENTENDUES ET DES CONTRIBUTIONS ÉCRITES

### Auditions

- **Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam)**
  - Dr Catherine Grenier**, médecin conseil nationale
  - Alice Blanchon**, responsable adjointe du département des droits des assurés et des prestations de santé
- **Agence de biomédecine (ABM)**
  - Marine Jeantet**, directrice générale
  - Dr Jonathan Morizot**, directeur général adjoint chargé de la politique médicale et scientifique
  - Dr Hélène Logerot**, responsable du pôle Ofas
- **Renaloo**
  - Yvanie Caillé**, fondatrice
- **France Rein**
  - Hervé Ancelet**, président adjoint
  - Cécile Vandevivère**, directrice générale
- **Association des malades et transplantés hépatiques (Transhépate)**
  - Éric Buleux-Osmann**, président
- **Direction générale de la santé (DGS)**
  - Laurent Butor**, sous-directeur adjoint politique des produits de santé, qualité des pratiques et des soins
  - Marion Mathieu**, cheffe du bureau bioéthique, éléments et produits du corps humain
  - Laure Descamps**, chargée de mission agences au sein du bureau bioéthique, éléments et produits du corps humain

- **Direction de la sécurité sociale (DSS)**

**Marion Muscat**, sous-directrice de l'accès aux soins, des prestations familiales et des accidents du travail

**Ziyad Amodjee**, chargé de mission au bureau 2A accès aux soins et prestations de santé

- **Fédération hospitalière de France (FHF)**

**Cécile Chevance**, responsable du pôle Offres

**Kathia Barro**, responsable adjointe du pôle Offres

Contributions écrites

- **Fédération des associations pour le don d'organes et de tissus humains (France Adot)**
- **Confédération des petites et moyennes entreprises (CPME)**
- **Confédération générale du travail (CGT)**

## LA LOI EN CONSTRUCTION

Pour naviguer dans les rédactions successives du texte, visualiser les apports de chaque assemblée, comprendre les impacts sur le droit en vigueur, le tableau synoptique de la loi en construction est disponible sur le site du Sénat à l'adresse suivante :

<https://www.senat.fr/dossier-legislatif/pp125-458.html>