

SÉNAT

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

COMPTE RENDU INTÉGRAL

Séance du dimanche 23 novembre 2025

(20^e jour de séance de la session)



Direction de l'information
légale et administrative

SOMMAIRE

PRÉSIDENCE DE M. PIERRE OUZOULIAS

1. Financement de la sécurité sociale pour 2026. – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 9257)

TROISIÈME PARTIE (*suite*) (p. 9257)

Après l'article 18 (*suite*) (p. 9257)

Amendement n° 1338 rectifié *bis* de Mme Corinne Bourcier. – Retrait.

Amendement n° 159 rectifié *septies* de Mme Jocelyne Guidez. – Retrait.

Amendement n° 1075 rectifié de M. David Ros. – Rejet.

Amendement n° 1383 de Mme Anne Souyris. – Rejet.

Article 18 *bis* (*nouveau*) (p. 9262)

Amendements identiques n°s 78 de M. Olivier Henno et 635 de la commission. – Adoption des deux amendements supprimant l'article.

Après l'article 18 *bis* (p. 9263)

Amendement n° 750 rectifié de Mme Nathalie Goulet. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Amendement n° 766 rectifié *bis* de Mme Nathalie Goulet. – Retrait.

Amendement n° 1062 de Mme Raymonde Poncet Monge. – Rejet.

Article 18 *ter* (*nouveau*) (p. 9264)

Amendement n° 636 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 18 *quater* (*nouveau*) (p. 9265)

Amendements identiques n°s 80 de M. Olivier Henno et 637 de la commission. – Adoption des deux amendements supprimant l'article.

Article 19 (p. 9266)

M. Daniel Chasseing

Mme Anne Souyris

Mme Émilienne Poumirol

M. Alain Milon, vice-président de la commission des affaires sociales

Mme Stéphanie Rist, ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées

Mme Marion Canalès

Amendement n° 638 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 639 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 1562 rectifié *bis* de M. François Bonhomme. – Devenu sans objet.

Amendements identiques n°s 238 rectifié *bis* de Mme Brigitte Devésa et 1623 rectifié *quinquies* de Mme Marie-Do Aeschlimann. – Devenus sans objet.

Amendements identiques n°s 1545 rectifié *ter* de Mme Jocelyne Antoine et 1589 de Mme Anne Souyris. – Devenus sans objet.

Amendements identiques n°s 556 rectifié *bis* de Mme Chantal Deseyne et 855 rectifié *bis* de M. Xavier Iacovelli. – Adoption de l'amendement n° 556 rectifié *bis*, l'amendement n° 855 rectifié *bis* n'étant pas soutenu.

Amendement n° 640 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 1588 de Mme Anne Souyris. – Rejet.

Amendements identiques n°s 641 rectifié de la commission et 1351 du Gouvernement. – Adoption des deux amendements.

Amendement n° 525 de Mme Brigitte Micouleau. – Non soutenu.

Amendement n° 642 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 821 rectifié de Mme Marie-Claude Lermytte. – Retrait.

Amendement n° 1500 rectifié *quater* de Mme Marie-Do Aeschlimann. – Rejet.

Amendement n° 279 rectifié *bis* de M. Alain Milon. – Retrait.

Adoption de l'article modifié.

Après l'article 19 (p. 9273)

Amendement n° 1269 rectifié de M. Daniel Chasseing. – Retrait.

Article 20 (p. 9274)

Mme Laurence Muller-Bronn

M. Daniel Chasseing

Mme Émilienne Poumirol

Mme Laurence Rossignol

Mme Anne Souyris

Mme Frédérique Puissat

Amendement n° 173 rectifié de Mme Laurence Muller-Bronn. – Rejet.

Amendement n° 326 de M. Christopher Szczerk. – Rejet.

Amendements identiques n°s 643 de la commission et 865 rectifié *bis* de Mme Véronique Guillotin. – Adoption des deux amendements.

Amendement n° 276 rectifié *bis* de M. Alain Milon. – Devenu sans objet.

Amendement n° 1576 rectifié *bis* de M. Bernard Jomier. – Devenu sans objet.

Amendement n° 1577 rectifié *bis* de M. Bernard Jomier. – Devenu sans objet.

Amendement n° 853 rectifié *ter* de M. Martin Lévrier. – Devenu sans objet.

Amendements identiques n°s 833 rectifié *bis* de M. Hussein Bourgi et 1426 rectifié *bis* de Mme Véronique Guillotin. – Rejet des deux amendements.

Amendement n° 1822 rectifié de la commission. – Adoption.

Amendement n° 563 rectifié de Mme Véronique Guillotin. – Retrait.

Amendement n° 644 rectifié de la commission. – Adoption.

Amendements identiques n°s 428 rectifié *ter* de M. Pierre-Antoine Levi et 457 rectifié *ter* de M. Alain Milon. – Rejet des deux amendements.

Amendement n° 1823 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Après l'article 20 (p. 9289)

Amendement n° 1436 de M. Khalifé Khalifé. – Retrait.

Amendement n° 1742 de Mme Annie Le Houerou. – Rejet.

Amendement n° 783 rectifié de Mme Annie Le Houerou. – Rejet.

Amendement n° 1495 rectifié de M. Mickaël Vallet. – Rejet.

Amendements identiques n°s 555 rectifié *bis* de Mme Chantal Deseyne et 856 rectifié *bis* de M. Xavier Iacovelli. – Retrait des deux amendements.

Suspension et reprise de la séance (p. 9295)

PRÉSIDENCE DE MME ANNE CHAIN-LARCHÉ

2. **Mise au point au sujet d'un vote** (p. 9295)

3. **Financement de la sécurité sociale pour 2026.** – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 9295)

Organisation des travaux (p. 9296)

M. Alain Milon, vice-président de la commission des affaires sociales

Article 20 *bis* (*nouveau*) (p. 9296)

Amendements identiques n°s 83 de M. Olivier Henno, 645 de la commission et 1598 rectifié de M. Rémy Pointereau. – Adoption des trois amendements supprimant l'article.

Amendement n° 834 rectifié *bis* de M. Hussein Bourgi. – Devenu sans objet.

Amendement n° 146 rectifié *bis* de Mme Véronique Guillotin. – Devenu sans objet.

Amendements identiques n°s 147 rectifié *bis* de Mme Véronique Guillotin et 1332 rectifié *bis* de M. Vincent Louault. – Devenus sans objet.

Amendement n° 545 de M. Khalifé Khalifé. – Devenu sans objet.

Amendement n° 1190 de Mme Céline Brulin. – Devenu sans objet.

Amendements identiques n°s 397 rectifié *bis* de Mme Florence Lassarade, 564 rectifié *bis* de Mme Véronique Guillotin et 1775 rectifié de M. François Bonneau. – Devenus sans objet.

Amendement n° 565 rectifié *bis* de Mme Véronique Guillotin. – Devenu sans objet.

Amendement n° 1578 rectifié *bis* de M. Bernard Jomier. – Devenu sans objet.

Article 20 *ter* (*nouveau*) (p. 9298)

Amendements identiques n°s 84 de M. Olivier Henno, 646 de la commission et 1605 rectifié de M. Rémy Pointereau. – Adoption des trois amendements supprimant l'article.

Amendement n° 1340 rectifié *bis* de M. Vincent Louault. – Devenu sans objet.

Amendement n° 877 de M. Khalifé Khalifé. – Devenu sans objet.

Amendement n° 835 rectifié *bis* de M. Hussein Bourgi. – Devenu sans objet.

Article 20 *quater* (*nouveau*) (p. 9298)

Amendement n° 647 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 20 *quinquies* (*nouveau*) (p. 9298)

Amendements identiques n° 86 de M. Olivier Henno et 648 de la commission. – Adoption des deux amendements supprimant l'article.

Article 20 *sexies* (*nouveau*) (p. 9299)

Amendement n° 1510 rectifié *bis* de M. Stéphane Le Rudulier. – Retrait.

Amendement n° 957 rectifié de Mme Agnès Evren. – Rejet.

Amendement n° 956 rectifié de Mme Agnès Evren. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 20 *septies* (*nouveau*) (p. 9306)

Amendement n° 649 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 20 *octies* (*nouveau*) (p. 9306)

Amendements identiques n° 89 de M. Olivier Henno et 650 de la commission. – Adoption des deux amendements supprimant l'article.

Après l'article 20 *octies* (p. 9307)

Amendements identiques n° 451 rectifié *bis* de Mme Jocelyne Antoine et 1479 rectifié *bis* de M. Jean-François Longeot. – Rejet des deux amendements.

Amendements identiques n° 861 rectifié *bis* de M. Philippe Grosvalet et 1480 rectifié de M. Jean-François Longeot. – Retrait des deux amendements.

Article 20 *nonies* (*nouveau*) (p. 9309)

Mme Annie Le Houerou

Mme Anne Souyris

Mme Stéphanie Rist, ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées

Amendements identiques n° 91 de M. Olivier Henno, 651 de la commission et 1776 rectifié de M. François Bonneau. – Adoption des trois amendements supprimant l'article.

Amendement n° 782 rectifié *bis* de Mme Annie Le Houerou. – Devenu sans objet.

Article 20 *decies* (*nouveau*) (p. 9309)

Amendement n° 652 de la commission. – Adoption de l'amendement supprimant l'article.

Article 20 *undecies* (*nouveau*) (p. 9310)

Amendements identiques n° 93 de M. Olivier Henno et 653 de la commission. – Adoption de l'amendement supprimant l'article.

Article 20 *duodecies* (*nouveau*) (p. 9310)

Amendements identiques n° 94 de M. Olivier Henno et 654 de la commission. – Adoption des deux amendements supprimant l'article.

Article 21 (p. 9310)

M. Simon Uzenat

Amendement n° 655 rectifié de la commission. – Adoption.

Amendement n° 1824 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 1581 rectifié *bis* de M. Bernard Jomier. – Adoption.

Amendement n° 1860 du Gouvernement. – Adoption.

Amendement n° 1853 de la commission et sous-amendement n° 1866 rectifié de Mme Martine Berthet. – Adoption du sous-amendement et de l'amendement modifié.

Amendements identiques n° 362 rectifié *bis* de M. Olivier Henno, 370 rectifié *bis* de Mme Anne-Sophie Romagny et 1280 rectifié *bis* de M. Daniel Chasseing. – Rejet des trois amendements.

Amendement n° 567 de M. Khalifé Khalifé. – Adoption.

Amendement n° 657 de la commission. – Devenu sans objet.

Amendement n° 1616 de Mme Émilienne Poumirol. – Devenu sans objet.

Amendement n° 462 rectifié de M. Alain Milon. – Devenu sans objet.

Amendement n° 1619 de Mme Émilienne Poumirol. – Devenu sans objet.

Amendement n° 1660 de Mme Annie Le Houerou. – Devenu sans objet.

Amendement n° 1602 de Mme Anne Souyris. – Devenu sans objet.

Amendement n° 1794 de Mme Anne Souyris. – Devenu sans objet.

Amendement n° 1335 rectifié *bis* de M. Christian Bilhac. – Non soutenu.

Amendement n° 1649 de Mme Annie Le Houerou. – Devenu sans objet.

Amendement n° 1395 de Mme Anne Souyris. – Devenu sans objet.

Amendement n° 1002 rectifié de M. Bernard Delcros. – Rejet par scrutin public n° 50.

Suspension et reprise de la séance (p. 9324)

Amendements identiques n° 1191 de Mme Céline Brulin et 1390 de Mme Anne Souyris. – Rejet des deux amendements.

Amendement n° 1373 rectifié de Mme Martine Berthet. – Retrait.

Amendements identiques n°s 656 rectifié de la commission et 757 rectifié *bis* de Mme Brigitte Bourguignon ; sous-amendement n° 832 rectifié *ter* de Mme Véronique Guillotin

Amendement n° 852 rectifié *sexies* de M. Martin Lévrier

Suspension et reprise de la séance (p. 9331)

Amendement n° 852 rectifié *sexies* de M. Martin Lévrier (*suite*). – Retrait.

Amendements identiques n°s 656 rectifié de la commission et 757 rectifié *bis* de Mme Brigitte Bourguignon ; sous-amendement n° 832 rectifié *ter* de Mme Véronique Guillotin (*suite*). – Rejet, par scrutin public n° 51 du sous-amendement ; adoption, par scrutin public n° 52, des deux amendements.

Amendement n° 1192 de Mme Céline Brulin. – Rejet.

Amendement n° 1363 rectifié de Mme Anne-Sophie Romagny. – Rejet par scrutin public n° 53.

Amendement n° 658 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Après l'article 21 (p. 9335)

Amendements identiques n°s 1806 du Gouvernement et 1825 de la commission. – Adoption des deux amendements insérant un article additionnel.

Amendement n° 1312 du Gouvernement. – Adoption de l'amendement insérant un article additionnel.

Article 21 *bis* (*nouveau*) (p. 9338)

Amendements identiques n°s 659 de la commission et 797 rectifié *quater* de Mme Véronique Guillotin. – Adoption, par scrutin public n° 54, des deux amendements.

Amendement n° 1564 rectifié de Mme Nadia Sollogoub. – Devenu sans objet.

Amendement n° 1582 rectifié *bis* de M. Bernard Jomier. – Retrait.

Amendement n° 399 rectifié de Mme Florence Lassarade. – Retrait.

Amendements identiques n°s 247 rectifié de Mme Laurence Muller-Bronn et 1505 rectifié *ter* de M. Marc Séne. – Devenus sans objet, l'amendement n° 247 rectifié n'étant pas soutenu.

Amendement n° 1064 de M. Grégory Blanc. – Devenu sans objet.

Amendement n° 1263 rectifié de M. Daniel Chasseing. – Devenu sans objet.

Amendements identiques n°s 476 rectifié de M. Alain Milon, 1195 de Mme Céline Brulin et 1565 rectifié *bis* de Mme Nadia Sollogoub. – Devenus sans objet.

Amendement n° 1399 de Mme Anne Souyris. – Devenu sans objet.

Amendement n° 1400 de Mme Anne Souyris. – Devenu sans objet.

Amendement n° 453 rectifié de M. Alain Milon. – Devenu sans objet.

Amendements identiques n°s 400 rectifié *bis* de Mme Florence Lassarade et 473 rectifié *bis* de M. Alain Milon. – Devenus sans objet.

Amendement n° 470 rectifié de M. Alain Milon. – Devenu sans objet.

Amendements identiques n°s 250 rectifié de Mme Laurence Muller-Bronn et 1504 rectifié *ter* de M. Marc Séne. – Devenus sans objet, l'amendement n° 250 rectifié n'étant pas soutenu.

Amendement n° 1196 de Mme Céline Brulin. – Devenu sans objet.

Amendement n° 291 rectifié *bis* de M. Alain Milon. – Devenu sans objet.

Adoption de l'article modifié.

Après l'article 21 *bis* (p. 9350)

Amendement n° 1606 de Mme Anne Souyris. – Rejet.

Amendement n° 1555 rectifié de M. Serge Mérillou. – Rejet.

Amendement n° 876 de M. Khalifé Khalifé. – Retrait.

Amendement n° 1197 de Mme Michelle Gréaume. – Rejet.

Amendement n° 1194 de Mme Evelyne Corbière Naminzo. – Rejet.

Amendement n° 1558 rectifié *bis* de M. Serge Mérillou. – Rejet.

Article 21 *ter* (*nouveau*) – Adoption. (p. 9354)

Suspension et reprise de la séance (p. 9355)

PRÉSIDENCE DE MME SYLVIE ROBERT

4. **Mise au point au sujet de votes** (p. 9355)

5. **Financement de la sécurité sociale pour 2026.** – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 9355)

Article 21 *quater* (*nouveau*) (p. 9355)

Amendements identiques n°s 660 de la commission et 1229 rectifié *bis* de Mme Cathy Apourceau-Poly. – Adoption des deux amendements.

Adoption de l'article modifié.

Après l'article 21 *quater* (p. 9356)

Amendement n° 725 rectifié *sexies* de M. Dominique Théophile. – Retrait.

Amendement n° 863 de M. Simon Uzenat. – Rejet.

Amendement n° 963 rectifié *bis* de M. Frédéric Buval. – Retrait.

Article 21 *quinquies* (*nouveau*) – Adoption. (p. 9358)

Article 21 *sexies* (*nouveau*) (p. 9358)

Amendement n° 661 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Après l'article 21 *sexies* (p. 9359)

Amendements identiques n°s 1089 rectifié de M. Dominique Théophile et 1311 du Gouvernement. – Adoption des deux amendements insérant un article additionnel.

Amendement n° 548 de M. Khalifé Khalifé. – Retrait.

Article 21 *septies* (*nouveau*) (p. 9360)

Amendements identiques n°s 101 de M. Olivier Henno et 566 de M. Khalifé Khalifé. – Retrait.

Amendements identiques n°s 1583 rectifié *ter* de M. Bernard Jomier et 1826 de la commission. – Adoption des deux amendements.

Amendement n° 1306 rectifié de M. Alain Milon. – Retrait.

Adoption de l'article modifié.

Article 21 *octies* (*nouveau*) (p. 9362)

Amendement n° 663 de la commission. – Adoption de l'amendement rédigeant l'article.

Article 21 *nonies* (*nouveau*) (p. 9363)

Amendement n° 1827 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 1828 de la commission. – Adoption.

Adoption de l'article modifié.

Article 21 *decies* (*nouveau*) (p. 9364)

Amendements identiques n°s 92 de M. Olivier Henno, 401 rectifié *bis* de Mme Florence Lassarade, 482 rectifié *bis* de M. Alain Milon, 664 de la commission, 830 rectifié *bis* de Mme Véronique Guillotin et 1566 rectifié *bis* de Mme Nadia Sollogoub. – Adoption des six amendements supprimant l'article.

Amendement n° 1567 rectifié de Mme Nadia Sollogoub. – Devenu sans objet.

Amendement n° 1445 rectifié de M. Jean-Claude Tissot. – Devenu sans objet.

Amendement n° 568 rectifié de M. Khalifé Khalifé. – Devenu sans objet.

Amendements identiques n°s 292 rectifié *ter* de M. Alain Milon et 554 rectifié *bis* de Mme Chantal Deseyne. – Devenus sans objet.

Article 22 (p. 9364)

Amendement n° 1451 rectifié de M. Michel Canévet. – Retrait.

Amendements identiques n°s 469 rectifié de M. Alain Milon et 1453 rectifié de M. Michel Canévet. – Retrait de l'amendement n° 469 rectifié; rejet de l'amendement n° 1453 rectifié.

Amendements identiques n°s 467 rectifié de M. Alain Milon et 1463 rectifié de M. Michel Canévet. – Retrait des deux amendements.

Amendement n° 1199 de Mme Cathy Apourceau-Poly. – Retrait.

Amendement n° 483 rectifié de M. Alain Milon. – Adoption.

Amendement n° 464 rectifié de M. Alain Milon. – Retrait. Adoption de l'article modifié.

Après l'article 22 (p. 9369)

Amendements identiques n°s 1216 rectifié de M. Fabien Gay et 1585 rectifié *bis* de M. Bernard Jomier. – Rejet des deux amendements.

Amendement n° 816 rectifié *bis* de Mme Marie-Claude Lermytte. – Retrait.

Amendement n° 962 rectifié *bis* de M. Frédéric Buval. – Retrait.

Amendements identiques n°s 402 rectifié *bis* de Mme Florence Lassarade, 430 rectifié *ter* de M. Pierre-Antoine Levi et 486 rectifié *bis* de M. Alain Milon. – Adoption des trois amendements insérant un article additionnel.

Amendement n° 872 rectifié *bis* de Mme Brigitte Bourguignon. – Retrait.

Amendement n° 1200 de M. Jean-Pierre Corbisez. – Rejet.

Article 22 *bis* (*nouveau*) (p. 9374)

Amendements identiques n°s 106 de M. Olivier Henno, 665 de la commission et 1082 rectifié *bis* de M. Raphaël Daubet. – Adoption des trois amendements supprimant l'article.

Article 22 *ter* (*nouveau*) (p. 9375)

Amendements identiques n°s 107 de M. Olivier Henno, 666 de la commission et 1083 rectifié *bis* de M. Raphaël Daubet. – Adoption des trois amendements supprimant l'article.

Amendements identiques n°s 254 rectifié *ter* de Mme Christine Bonfanti-Dossat, 364 rectifié *ter* de M. Olivier Henno et 1665 rectifié *ter* de Mme Corinne Féret. – Devenus sans objet.

Article 23 (*supprimé*) (p. 9375)

Amendements identiques n°s 224 rectifié de M. Xavier Iacovelli. – Retrait.

Amendements identiques n°s 184 rectifié de M. Xavier Iacovelli et 667 de la commission. – Adoption des deux amendements rétablissant l'article.

Article 24 (p. 9376)

M. Khalifé Khalifé

Mme Anne Souyris

Amendements identiques n°s 194 rectifié *bis* de Mme Florence Lassarade, 240 rectifié *ter* de Mme Brigitte Devésa, 263 rectifié *quater* de M. Alain Milon, 431 rectifié *ter* de M. Pierre-Antoine Levi et 571 de M. Khalifé Khalifé. – Rejet des cinq amendements.

Amendement n° 669 de la commission. – Adoption.

Amendement n° 474 rectifié de M. Alain Milon. – Devenu sans objet.

Amendements identiques n°s 670 de la commission et 1522 rectifié *bis* de Mme Véronique Guillotin. – Adoption des deux amendements.

Amendement n° 261 rectifié *ter* de M. Alain Milon. – Devenu sans objet.

Amendements identiques n°s 900 rectifié *quater* de Mme Else Joseph et 1120 rectifié *bis* de Mme Nadège Havet. – Adoption de l'amendement n° 900 rectifié *quater*, l'amendement n° 1120 rectifié *bis* n'étant pas soutenu.

Amendement n° 1680 rectifié de M. Victorin Lurel. – Adoption.

Amendement n° 668 de la commission. – Adoption.

Amendements identiques n°s 255 rectifié de Mme Christine Bonfanti-Dossat et 1676 de Mme Émilienne Poumirol. – Devenus sans objet, l'amendement n° 255 rectifié n'étant pas soutenu.

Amendements identiques n°s 262 rectifié *bis* de M. Alain Milon et 1482 rectifié *bis* de M. Jean-François Longeot. – Devenus sans objet.

M. Laurent Somon

Adoption de l'article modifié.

Après l'article 24 (p. 9384)

Amendement n° 264 rectifié *bis* de M. Alain Milon. – Retrait.

Amendement n° 1771 de M. Victorin Lurel. – Rejet.

Suspension et reprise de la séance (p. 9386)

Article 24 bis (nouveau) (p. 9386)

Amendements identiques n°s 110 de M. Olivier Henno, 193 rectifié *bis* de Mme Florence Lassarade, 241 rectifié *quinquies* de Mme Brigitte Devésa, 475 rectifié *ter* de M. Alain Milon, 671 de la commission, 1483 rectifié *bis* de M. Jean-François Longeot et 1524 rectifié *bis* de Mme Véronique Guillotin. – Adoption des amendements identiques 110, 193 rectifié *bis*, 241 rectifié

quinquies, 475 rectifié *ter*, 671 et 1524 rectifié *bis* supprimant l'article, l'amendement n° 1483 rectifié *bis* n'étant pas soutenu.

Article 25 (p. 9386)

Amendement n° 672 de la commission. – Adoption de l'amendement supprimant l'article.

Amendement n° 1092 rectifié *bis* de M. Raphaël Daubet. – Devenu sans objet.

Après l'article 25 (p. 9387)

Amendement n° 1559 rectifié *bis* de M. Serge Mérillou. – Rejet.

Amendement n° 1081 rectifié *bis* de M. Raphaël Daubet. – Retrait.

Article 25 bis (nouveau) (p. 9388)

Amendements identiques n°s 112 de M. Olivier Henno, 403 rectifié *bis* de Mme Florence Lassarade, 491 rectifié *bis* de M. Alain Milon et 673 de la commission. – Adoption des quatre amendements supprimant l'article.

Article 26 (supprimé) (p. 9389)

Amendement n° 1609 de Mme Anne Souyris. – Rejet.

Amendement n° 1692 de Mme Annie Le Houerou. – Rejet.

L'article demeure supprimé.

Article 26 bis (nouveau) (p. 9391)

Amendements identiques n°s 16 rectifié de M. Cyril Pellevat, 114 de M. Olivier Henno, 149 rectifié *bis* de Mme Véronique Guillotin, 168 rectifié *ter* de Mme Chantal Deseyne, 225 de Mme Brigitte Micouleau, 242 rectifié *quinquies* de Mme Brigitte Devésa, 674 de la commission, 767 rectifié *bis* de Mme Nathalie Goulet, 1069 rectifié *bis* de M. Marc Séni et 1299 rectifié *bis* de M. Jean Sol. – Adoption des amendements n°s 16 rectifié, 114, 149 rectifié *bis*, 168 rectifié *ter*, 242 rectifié *quinquies*, 674, 1069 rectifié *bis* et 1299 rectifié *bis* supprimant l'article, les amendements n°s 225 et 767 rectifié *bis* n'étant pas soutenus.

Amendement n° 788 rectifié de Mme Annie Le Houerou. – Devenu sans objet.

Amendement n° 1100 rectifié *bis* de M. Philippe Grosvalet. – Devenu sans objet.

Article 26 ter (nouveau) (p. 9393)

Amendements identiques n°s 115 de M. Olivier Henno et 675 de la commission. – Adoption des deux amendements supprimant l'article.

Article 26 quater (nouveau) (p. 9393)

Amendements identiques n°s 116 de M. Olivier Henno et 676 de la commission. – Adoption des deux amendements supprimant l'article.

Après l'article 26 *quater* (p. 9394)

Amendement n° 1204 de Mme Céline Brulin. – Rejet.

Renvoi de la suite de la discussion.

6. **Ordre du jour** (p. 9394)

COMpte RENDU INTéGRAL

PRÉSIDENCE DE M. PIERRE OUZOULIAS

vice-président

M. le président. La séance est ouverte.

(*La séance est ouverte à neuf heures trente.*)

1

FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2026

Suite de la discussion d'un projet de loi

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi, dont le Sénat est saisi en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, de financement de la sécurité sociale pour 2026 (projet n° 122, rapport n° 131, avis n° 126).

Dans la discussion des articles, nous poursuivons, au sein du titre I^{er} de la troisième partie, l'examen des amendements tendant à insérer des articles additionnels après l'article 18.

TROISIÈME PARTIE (SUITE)

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2026

TITRE I^{ER} (SUITE)

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES

Après l'article 18 (suite)

M. le président. L'amendement n° 1338 rectifié *bis*, présenté par Mme Bourcier, MM. Chasseing et Capus, Mme Bessin-Guéris, M. Brault, Mme L. Darcos, MM. Grand, Laménie, V. Louault, A. Marc et Médeville, Mme Paoli-Gagin, MM. Pellevat, Rochette, Verzelen, L. Vogel et Wattebled, Mme Sollogoub et M. Levi, est ainsi libellé :

Après l'article 18

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1^o Le 1^o est abrogé ;

2^o Le 2^o est ainsi modifié :

a) Après le mot : « financière », sont insérés les mots : « déterminée par décret » ;

b) Les mots : « comprises entre le plafond mentionné au 1^o et ce même plafond majoré de 35 % » sont remplacés par les mots : « inférieures à un plafond déterminé par décret ».

La parole est à Mme Laure Darcos.

Mme Laure Darcos. Le présent amendement vise à supprimer la gratuité de la complémentaire santé solidaire (C2S), autrefois couverture maladie universelle (CMU). Voyez, je vous réveille dès le matin !

Mis en place en 2019, ce dispositif compte aujourd'hui près de 7,7 millions de bénéficiaires, dont 6 millions à titre gratuit.

La C2S joue un rôle essentiel dans l'accès aux soins des plus fragiles, évitant un renoncement susceptible d'entraîner des dépenses de santé plus importantes.

Cependant, sa gratuité totale n'est plus acceptable au regard du principe d'équité, indispensable à la pérennité de notre système de santé, *a fortiori* dans un contexte budgétaire particulièrement dégradé.

Le présent amendement vise donc à instaurer une participation financière de tous les bénéficiaires, proportionnelle à leurs revenus.

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

Mme Corinne Imbert, rapporteure de la commission des affaires sociales pour l'assurance maladie. La commission a soutenu l'introduction de la complémentaire santé solidaire gratuite et a, depuis lors, accueilli favorablement toutes les modifications visant à en étendre la portée.

Cette garantie est en effet indispensable pour assurer l'accessibilité financière des soins de 6 millions d'assurés parmi les plus précaires ; ses effets sur le recours aux soins sont d'ailleurs documentés.

Ces assurés pourraient peiner à s'acquitter de la contribution à une C2S payante qui, bien que plus modique qu'une complémentaire de marché, représente tout de même 360 euros par an pour les seniors.

En outre, adopter cet amendement reviendrait à renoncer à l'ensemble de la politique mise en œuvre pour favoriser le recours aux droits. À titre d'exemple, l'attribution automatique de la C2S aux nouveaux allocataires du revenu de solidarité active (RSA) deviendrait impossible si ces derniers devaient payer pour y accéder.

Vous le constatez, cette mesure emporterait des effets de bord, raison pour laquelle la commission a donc émis un avis défavorable sur cet amendement.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées. Le système actuel repose sur une distinction : soit les revenus sont inférieurs à

862 euros et la couverture est gratuite, soit ils sont supérieurs à ce montant mensuel et il est alors demandé une participation au bénéficiaire.

Je rappelle que ce dispositif a été conçu pour éviter le non-recours aux soins. Dès lors, il ne me semble pas justifié de rendre le paiement obligatoire pour tous.

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

M. le président. La parole est à Mme Corinne Féret, pour explication de vote.

Mme Corinne Féret. Voilà qui nous réveille ce matin ! Le premier amendement vise tout simplement à supprimer la gratuité de l'ex-CMU !

Ainsi, lorsqu'il faut rechercher des économies ou limiter les dépenses, il apparaît tout à fait normal à beaucoup d'entre vous de cibler celles et ceux qui ont le moins. Madame la ministre, vous l'avez rappelé : pour bénéficier de la C2S, il faut percevoir à peine 861 euros par mois.

Ce montant est-il trop élevé pour qu'il soit ainsi demandé à ceux qui le perçoivent de participer ? Quel scandale !

Tout au long de ces derniers jours, nous avons proposé nombre de taxes et de contributions nouvelles pour trouver des recettes auprès de celles et de ceux qui ont beaucoup, voire beaucoup plus que les autres. Vous les avez rejetées ; c'est votre choix, dont acte. Nous avons exprimé notre désaccord, dont acte également.

Et ce matin, vous osez dire : puisqu'il faut trouver des économies, supprimons cette gratuité ! Ils sont trop nombreux, ces pauvres ! Ils sont trop aidés, ces pauvres !

Que nous proposerez-vous encore dans les jours à venir en faisant argument de la difficulté à résorber le déficit de la sécurité sociale ? Il faudra encore aller chercher de l'argent chez ceux qui n'en ont pas.

Vous l'avez compris, nous nous opposerons à cet amendement.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Rossignol, pour explication de vote.

Mme Laurence Rossignol. Je serai brève : quelqu'un, ici, imagine-t-il ce que signifie vivre avec 862 euros par mois ? Parfois, nous devrions essayer de partager la vie des gens.

J'estime que nos collègues du groupe Les Indépendants s'honoreraient à admettre que cet amendement était une erreur, qu'ils ne se souvenaient plus du seuil ou qu'ils se sont trompés.

En somme, je leur suggère de le retirer et de présenter leurs excuses aux personnes disposant de moins de 862 euros de ressources par mois pour cette proposition, qui n'était qu'une erreur.

M. le président. La parole est à Mme Anne Souyris, pour explication de vote.

Mme Anne Souyris. Je m'interroge toujours sur l'utilité de ce type d'amendement. Vise-t-il à empêcher les personnes les plus pauvres de se soigner ? Il est bien établi que la précarité financière réduit le recours aux soins.

Imposer un paiement supplémentaire à ces publics revient à ignorer que leur quotidien constitue déjà une épreuve et que tout est compliqué pour eux. Lorsqu'un malade doit se déplacer, tout devient difficile ; si l'on y ajoute des démarches

administratives et une contribution financière, le renoncement est inévitable. L'objectif est-il qu'une partie de la population ne se soigne pas ?

Avez-vous finalement envie de payer davantage ? En effet, ceux qui ne se soignent pas voient leur pathologie s'aggraver. Or, puisque nous sommes tout de même en démocratie, nous prenons en charge les urgences vitales et accueillons à l'hôpital ceux qui sont sur le point de mourir : la facture est alors bien plus lourde.

S'agit-il de payer plus *in fine*, ou sommes-nous face à une absence totale de réflexion ? Agitez-vous des chiffons rouges pour faire semblant de proposer des économies ?

Je rejoins Mme Rossignol : cet amendement est complètement scandaleux. Je forme le vœu que nous l'oubliions rapidement.

M. le président. La parole est à M. Martin Lévrier, pour explication de vote.

M. Martin Lévrier. Quel drôle de début de matinée !

Notre rôle, à la commission des affaires sociales comme au Parlement, consiste avant tout à privilégier la prévention.

Hier, j'ai indiqué que l'amendement du Gouvernement relatif aux chirurgiens-dentistes me mettait mal à l'aise. Certes, d'abord parce que personne n'aime aller chez le dentiste, mais surtout parce que nos concitoyens sont de plus en plus nombreux à renoncer à le consulter.

En supprimant cette gratuité, nous rendons-nous compte que les personnes les plus démunies, celles qui sont le plus en difficulté, n'iront plus chez le médecin ? Mesurons-nous que c'est la prévention qui est ici en cause ?

Refuser d'aider ces publics revient en outre à prendre le risque de transmettre des maladies à ceux qui ne sont pas dans le besoin, nous-mêmes y compris.

Il arrive un moment où je me demande tout bêtement s'il ne faudrait pas instaurer, pour tout élu de la République, un stage d'un mois au Samu social, ou ailleurs. Je suis effondré.

M. le président. La parole est à Mme Laure Darcos, pour explication de vote.

Mme Laure Darcos. Je vous avais prévenus que je vous réveillerais ce matin... Vous le savez, de temps en temps, la solidarité avec l'ensemble de son groupe est de mise.

Le groupe Les Indépendants passe son temps à soutenir que le tout-gratuit est compliqué à maintenir et que chacun doit prendre conscience des réalités.

Je vous livre une anecdote personnelle.

J'ai passé un scanner cette semaine. Une dame me précédait ; bénéficiaire de la CMU, elle subissait cet examen pour la troisième fois de la semaine. Elle ne comprenait pas pourquoi elle n'avait pas le droit d'en passer encore un, simplement parce qu'elle n'était pas satisfaite du diagnostic.

Mme Laurence Rossignol. Il faut une ordonnance pour ça !

Mme Laure Darcos. Il s'agit simplement d'affirmer que même ces personnes-là doivent prendre conscience du coût de la santé.

Bien évidemment, je ne souhaite absolument pas empêcher quiconque de se faire soigner ; par conséquent, je retire cet amendement.

M. le président. L'amendement n° 1338 rectifié *bis* est retiré.

L'amendement n° 159 rectifié *septies*, présenté par Mmes Guidez, Vermeillet et Jacquemet, MM. Delahaye et Dhersin, Mmes Sollogoub, Bourguignon, Antoine, Loisier, Perrot et Billon et M. Hingray, est ainsi libellé :

Après l'article 18

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – À compter du 1^{er} janvier 2026, les soins, actes et prestations se réclamant de la psychanalyse ou reposant sur des fondements théoriques psychanalytiques ne donnent plus lieu à remboursement, ni à participation financière de l'assurance maladie.

II. – Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du présent article.

La parole est à Mme Jocelyne Guidez.

Mme Jocelyne Guidez. Cet amendement d'appel a suscité de vives réactions, non seulement chez les psychologues, mais aussi de la part de nombreux parents et associations.

C'est précisément parce que je défends des soins de qualité et que je fais confiance aux psychologues ainsi qu'aux psychiatres que je l'ai déposé. Il s'agit d'alerter sur le danger que peut représenter la psychanalyse dans le champ des troubles du neurodéveloppement (TND) ou du handicap, alors même que ne doivent être promues que les approches recommandées.

Vous le savez, je m'investis sur ce sujet depuis cinq ans maintenant.

Toutes les associations représentant les personnes souffrant de TND ou de handicap souhaitent ardemment soulever la question de la psychanalyse. Pour les TND, et en particulier pour l'autisme, la Haute Autorité de santé (HAS) écarte, depuis 2012, les approches psychanalytiques, soulignant l'absence de données quant à leur efficacité.

Nous devons entendre la parole des victimes de la psychanalyse dans le champ de l'autisme, ces personnes dont le trouble a été nié ou dont les parents ont été culpabilisés.

Pour autant, restreindre le présent amendement aux seuls TND aurait eu pour conséquence d'exclure les patients non encore diagnostiqués, pour qui ces approches occasionnent une perte de temps précieux.

Concernant les autres troubles, notamment psychiatriques et psychiques, le débat est, il est vrai, plus ouvert. Une métanalyse de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) de 2004, examinant près de mille travaux, concluait cependant à une moindre efficacité de la psychanalyse par rapport aux approches cognitivo-comportementales, plus modernes, plus brèves, moins coûteuses et mieux évaluées scientifiquement.

Cet amendement s'inscrit donc dans la logique du Gouvernement consistant à recentrer les prises en charge vers les soins les plus efficaces, considérant que le service médical rendu de la psychanalyse ne repose pas sur un consensus scientifique.

À ce titre, je me réjouis que nous puissions ouvrir ce débat, dans un pays où l'omniprésence psychanalytique fait encore figure d'exception, à l'égal seulement de certains États d'Amérique du Sud.

Pour autant, cette proposition ne cherche pas à interdire la psychanalyse, elle n'empêche personne d'y recourir et ne remet nullement en cause la liberté de pratique des professionnels.

Mon amendement vise uniquement à replacer l'utilisation de l'argent public sur le terrain des preuves.

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

Mme Corinne Imbert, rapporteure. S'il convient de rappeler que la psychanalyse n'est pas censée, en tant que telle, faire l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, certains psychologues conventionnés ou certains psychiatres y sont également formés et orientent leur exercice en ce sens. De plus, des psychanalystes peuvent exercer dans des structures financées par l'assurance maladie.

Toutefois, cet amendement présente des fragilités opérationnelles : il sera difficile pour l'assurance maladie de déterminer quels professionnels seraient influencés, dans leurs pratiques, par la psychanalyse.

Alors que la santé mentale a été érigée cette année en grande cause nationale,...

M. Jean-Luc Fichet. Eh oui !

Mme Corinne Imbert, rapporteure... il ne faudrait surtout pas que cet amendement conduise, dans le doute, à supprimer le dispositif Mon soutien psy ou à restreindre l'accès aux soins psychiques.

La commission s'en remet à l'avis du Gouvernement.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Je rejoins la sénatrice qui porte cet amendement concernant la psychanalyse et l'autisme. Nous disposons de données scientifiques à ce sujet et j'aime à dire que nous devons remettre la science au cœur de nos vies et de notre société.

Dès 2012, la HAS a précisé que l'autisme ne pouvait être traité par la psychanalyse, car cette méthode est inefficace, et qu'il ne devait plus être considéré comme une maladie à traiter par ce moyen.

Pour autant, vous savez que le délégué interministériel aux TND continue de travailler sur ces sujets avec la HAS et le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) n'est ni le bon outil ni le bon vecteur pour la mesure que vous proposez.

Je vous suggère donc de retirer cet amendement ; à défaut, l'avis serait défavorable.

M. le président. Madame Guidez, l'amendement n° 159 rectifié *septies* est-il maintenu ?

Mme Jocelyne Guidez. Le temps nous est compté et l'on nous a invités à accélérer nos débats, je retire donc mon amendement.

Pour autant, pour moi, le combat continue, avec les parents et les associations. Je souhaite vous faire part de ma propre histoire.

Mme Laurence Rossignol. Notre collègue fait une explication de vote sur l'amendement qu'elle vient de retirer, je peux donc en faire une également !

Mme Jocelyne Guidez. Cela remonte à trente ans et nous en sommes toujours au même point ! (*L'oratrice manifeste une intense émotion.*)

Ma sœur a eu un premier enfant atteint du syndrome de Rett. Ignorant la nature du mal dont souffrait sa fille, et pour tenter de sortir de son angoisse, elle a consulté un psychologue. Or ce praticien a fait de la psychanalyse et non de la psychologie. Ces disciplines diffèrent. Nous avons besoin de psychiatres et de psychologues.

Seulement trois questions lui furent ainsi posées : avez-vous désiré votre enfant ? aimez-vous votre enfant ? lui parlez-vous tous les jours ?

Ensuite, alors que sa fille ne saisissait pas l'objet qu'on lui tendait, le psychologue-psychanalyste lui a asséné cette réponse : « Madame, c'est parce qu'elle est en colère après vous. »

J'ai ramassé ma sœur « à la petite cuillère ».

Voilà tout ce que j'avais à vous dire ; mon combat continuera ! (*Applaudissements sur les travées des groupes UC, Les Républicains et INDEP ainsi que sur des travées du groupe SER.*)

M. le président. L'amendement n° 159 rectifié *septies* est retiré.

L'amendement n° 1075 rectifié, présenté par MM. Ros, Kanner, Lozach et Ziane, est ainsi libellé :

Après l'article 18

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur le remboursement, par la sécurité sociale, de l'activité physique prescrite par le médecin intervenant dans la prise en charge du patient.

II. – Le rapport comporte les axes suivants :

1° Coûts : une évaluation du coût potentiel pour la sécurité sociale du remboursement de la pratique d'une activité physique prescrite à tout type de public par un professionnel de santé, lorsque cette prescription est jugée utile au maintien ou à l'amélioration de la santé physique et mentale du patient ;

2° Bénéfices : une analyse des bénéfices ainsi que des économies potentielles pour la sécurité sociale, pouvant résulter du remboursement de l'activité physique sur prescription médicale.

La parole est à M. Patrick Kanner.

M. Patrick Kanner. Après l'émotion de notre collègue Jocelyne Guidez, que nous partageons, je vous présente un amendement qui risque de paraître un peu décalé.

Il concerne l'activité physique et tend à demander un rapport. Je l'ai cosigné, mais il est présenté par notre collègue David Ros, dont je vous prie d'excuser l'absence.

L'activité physique, mes chers collègues, n'est pas un loisir : c'est un déterminant majeur de santé publique. Ses bénéfices sont incontestables, nul ne l'ignore : prévention des maladies chroniques, maintien de l'autonomie des personnes âgées, réduction des troubles anxieux et dépressifs, ou encore amélioration des capacités cardiovasculaires et musculaires. En la matière, la science est formelle et ne laisse place à aucun doute.

Malheureusement, seulement 11 % de nos concitoyens sont actifs de manière régulière, alors que 15 % des décès prématurés pourraient être évités si les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) étaient respectées.

Le coût de l'inactivité physique pour notre pays s'élève ainsi à 140 milliards d'euros par an.

Le présent amendement vise donc à solliciter un rapport d'évaluation, lequel nous permettrait notamment de vérifier un chiffre circulant en matière sportive, selon lequel chaque euro dépensé dans l'activité physique générerait une économie de 13 euros en dépenses publiques.

Ce rapport constituerait le point de départ d'une politique proactive, propre à réduire la prévalence des maladies, à diminuer les coûts supportés par la sécurité sociale et, partant, à lutter contre les inégalités.

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

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement est en effet un peu décalé par rapport à l'amendement précédent. Nous avons tous été émus par le témoignage de notre collègue Jocelyne Guidez ; permettez-moi de lui apporter tout mon soutien.

S'agissant d'une demande de rapport, mon cher collègue, vous savez bien que l'avis de la commission sera défavorable, même si nous invitons le Gouvernement à poursuivre les travaux sur l'activité physique adaptée, laquelle est utile pour nos concitoyens.

Je demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, l'avis sera défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Nous aurons l'occasion d'évoquer ce sujet lors de l'examen de l'article 19. Vous le savez, cet article consacré à la prévention permettra de prendre en compte les parcours d'accompagnement préventif à destination des assurés souffrant d'une pathologie à risque d'évolution vers une affection de longue durée (ALD). Ce débat y trouvera toute sa place.

S'agissant d'une demande de rapport, je sollicite le retrait de l'amendement ; à défaut, l'avis sera défavorable.

M. le président. La parole est à Mme Anne Souyris, pour explication de vote.

Mme Anne Souyris. Depuis le début de ce débat, nous évoquons l'ensemble des filières économiques, ce qui est assez hallucinant, car tel n'est pourtant pas l'objet du PLFSS.

En revanche, lorsqu'il est question de prévention, en l'occurrence d'activités sportives et d'activités physiques adaptées, ce n'est soudainement plus le moment ; il faudrait le faire ailleurs. La sagesse commanderait donc, semble-t-il, que nous n'abordions pas ce sujet maintenant.

Celui-ci est pourtant central. L'activité physique adaptée constitue non seulement une action de prévention, évitant de nombreuses maladies, mais empêche également de sombrer dans la neurodégénérescence ; de surcroît, elle participe à la guérison du cancer. Il serait donc incroyable de ne pas en discuter maintenant.

Bien sûr, cet amendement tend à demander un rapport, mais c'est pour éviter l'écueil de l'article 40 de la Constitution. Madame la ministre, prenons ce sujet au sérieux, ici et maintenant. C'est le moment.

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

Mme Émilienne Poumirol. Je souhaite à mon tour insister sur ce point. Certes, ce débat serait peut-être plus opportun à l'article 19, mais je saisiss l'occasion de cette demande de rapport pour évoquer l'activité physique adaptée, sujet que j'aborde chaque année.

Nos collègues Patrick Kanner et Anne Souyris viennent d'en souligner l'importance. L'activité physique peut diminuer les risques de récidive de 40 % à 60 % selon les cancers, en particulier ceux du côlon, du sein et de la prostate. Je me souviens d'un colloque organisé en 2021 avec l'Inserm : les spécialistes y insistaient sur son rôle thérapeutique face à la récidive.

Si les femmes pratiquaient une activité physique régulière, 25 % des cancers du sein, de l'endomètre et du côlon pourraient être évités.

En 2011, la HAS l'a reconnue comme thérapeutique non médicamenteuse ; elle peut être prescrite par les médecins généralistes depuis 2022, une mesure que nous avions inscrite dans le PLFSS.

A contrario, l'inactivité physique et la sédentarité sont largement reconnues comme facteurs de risque majeurs pour la santé et comme causes de mortalité évitables. L'OMS estime ainsi que la sédentarité constitue la cause principale de 27 % des cas de diabète.

Le recours à l'activité adaptée représente donc un investissement en faveur de la prévention, un réel potentiel d'économies à long terme, mais aussi à court terme lorsqu'il s'agit de prévention tertiaire.

Selon l'OCDE, chaque euro investi dans l'activité physique génère 1,70 euro de bénéfices économiques.

Il s'agit donc d'un traitement médical qui est source d'économies.

M. le président. La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour explication de vote.

Mme Véronique Guillotin. Bien que convaincue des vertus de l'activité physique, qu'elle soit ordinaire ou adaptée, je voterai contre cette demande de rapport. Nous n'avons nul besoin d'un tel document. Tout le monde le sait, tout a été dit, des études paraissent quotidiennement sur les bienfaits de l'activité physique, qu'il s'agisse de prévention, de suivi post-cancer ou d'amélioration de l'état de santé.

À mon sens, le débat que nous aurons plus tard doit porter sur les limites de l'intervention de la sécurité sociale, puisque nous examinons ici son budget. Quelle doit être la part des mutuelles dans ce système ? Quelle doit être celle de la prévention, de l'apprentissage de l'activité par les tout-petits et de la lutte contre la sédentarité dès le plus jeune âge ?

Tout ne saurait être pris en charge de manière globale.

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

M. Alain Milon, vice-président de la commission des affaires sociales. Je comptais tenir les propos que vient de prononcer Véronique Guillotin, je n'y reviens donc pas.

Des rapports sur l'activité physique, l'Académie de médecine et les sociétés savantes en ont déjà produit. Au quotidien, les médecins demandent à leurs patients de pratiquer une activité physique et leur indiquent laquelle privilégié. Je ne vois donc pas l'utilité, pour le Sénat, de reprendre les termes de ces rapports.

S'agissant d'une demande de rapport, nous nous y opposerons donc. Je rappelle en outre que l'examen de ce projet de loi nous conduira à nous prononcer sur pas moins de 70 demandes du même ordre. Si nous consacrons dix minutes à chacune d'entre elles pour motiver notre refus ou la justifier, nous n'en finirons pas ! (*Mme Frédérique Puissat applaudit.*)

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Je rejoins les propos de Mme Guillotin.

Le remboursement s'impose, par exemple, dans le cadre du dispositif que nous avons voté il y a quelques années pour le cancer du sein. Une prise en charge est nécessaire dès lors que les études démontrent une efficacité en matière de prévention.

En prévention primaire, il est établi que tout ce qui concourt au bien-être – l'activité physique en fait partie – renforce et améliore la santé. La véritable question réside dans le dosage : quel niveau de prise en charge définir et qui doit rembourser quoi ?

Si j'ai indiqué que nous aborderons ce sujet à l'article 19, c'est parce que tel est le sens de cet article ; il ne s'agissait nullement pour moi d'échapper à ce débat.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1075 rectifié.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 1383, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, M. Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

Après l'article 18

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans les six mois après la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au parlement un rapport sur l'opportunité et les modalités d'une intégration de l'aide médicale d'État dans le régime général de l'assurance maladie.

La parole est à Mme Anne Souyris.

Mme Anne Souyris. Alors que certains et certaines s'acharnent à vouloir supprimer l'aide médicale de l'État (AME) ou à la réduire comme peau de chagrin, je l'affirme haut et fort : il est temps d'intégrer ce dispositif au régime général de l'assurance maladie.

La complexité des démarches administratives et la coexistence de plusieurs dispositifs – AME, régime général de la sécurité sociale, couverture complémentaire santé – empêtent des conséquences négatives sur la santé des personnes, mais également sur les plans administratif et budgétaire.

Les personnes en situation de précarité potentiellement éligibles à l'AME se heurtent en effet à de multiples obstacles pour l'ouverture et le maintien de leurs droits. Les chiffres l'illustrent clairement : le taux de non-recours à l'AME atteint 49 %.

Cette demande n'est pas loufoque, loin de là. L'inspection générale des affaires sociales (Igas) et l'inspection générale des finances (IGF) l'ont formulée en 2010, et le Défenseur des droits a renouvelé cette recommandation en 2014. Enfin, l'Académie nationale de médecine a adopté cette position dès 2017.

De fait, retarder les soins, laisser un état de santé se dégrader ou attendre qu'une situation devienne urgente n'a rien d'économique : cela engendre des prises en charge plus lourdes, des hospitalisations plus longues et des coûts évitables, sans parler des souffrances humaines, qui, elles, ne se chiffrent pas.

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

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement portant une demande de rapport, l'avis de la commission est, sans surprise, défavorable.

Sur le fond, sans revenir sur la pertinence de cette prestation, qui relève du projet de loi de finances (PLF), les bénéficiaires de l'AME disposent de conditions de prise en charge particulières, avec un panier de soins différent de celui de l'assurance maladie.

Je sollicite donc le retrait de cet amendement ; à défaut, l'avis sera défavorable.

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

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

L'avis est donc défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1383.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Article 18 bis (nouveau)

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° Au B du I de l'article L. 133-4, après la première occurrence du mot : « délivrés », sont insérés les mots : « , lorsqu'il n'a pas été satisfait à l'obligation de télétransmission de l'acte de remise mentionnée à l'article L. 165-1-3, » ;
- ③ 2° Après l'article L. 165-1-8, il est inséré un article L. 165-1-9 ainsi rédigé :
- ④ « Art. L. 165-1-9. – Le remboursement par l'assurance maladie obligatoire et par l'assurance maladie complémentaire des lentilles de contact est subordonné à la télétransmission, par l'opticien-lunetier qui délivre le produit à l'assuré, d'un acte de délivrance destiné à assurer la traçabilité.
- ⑤ « Cet acte, exclusivement destiné à des fins de suivi et de contrôle, n'est facturable ni à l'assuré ni aux organismes complémentaires et ne peut donner lieu à aucun dépassement.
- ⑥ « La télétransmission comporte au minimum l'identification de l'assuré par l'utilisation obligatoire de la carte Vitale, l'identification du professionnel par l'utilisation obligatoire de la carte de professionnel de santé, le numéro d'inscription au répertoire partagé des professionnels intervenant dans le système de santé du prescripteur, la date de la prescription médicale, la référence du

produit remis ainsi que la date et le lieu de délivrance. Elle est assortie d'une authentification du retrait par l'assuré selon des modalités fixées par décret.

- ⑦ « Le non-respect de l'obligation prévue au présent article est passible des sanctions mentionnées à l'article L. 114-17-1 et emporte, le cas échéant, l'absence de prise en charge des produits facturés par l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire.
- ⑧ « Un décret précise les modalités d'application du présent article, notamment les formats d'échange et les garanties d'authentification et de confidentialité. »
- ⑨ II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} juillet 2026. Un décret peut prévoir une entrée en vigueur anticipée à titre expérimental dans un nombre limité de départements, pour une durée maximale de dix-huit mois.

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

L'amendement n° 78 est présenté par M. Henno.

L'amendement n° 635 est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Olivier Henno pour présenter l'amendement n° 78.

M. Olivier Henno. Cet article concerne l'optique et, à mon sens, il a davantage sa place dans le projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales que dans le PLFSS. C'est pourquoi j'ai déposé cet amendement de suppression.

Je ne développerai pas davantage mon propos afin de laisser la parole à Mme la rapporteure Imbert. Je procéderai de même pour nombre d'amendements de même nature, que je considérerai comme défendus : dans le déroulement de la discussion, ceux-ci précèdent en effet ceux de la rapporteure, dont je tiens à ne pas cannibaliser l'explication.

M. le président. La parole est à Mme la rapporteure, pour présenter l'amendement n° 635.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Je remercie mon collègue Olivier Henno de me laisser présenter cet amendement, identique au sien.

Le renforcement de la lutte contre la fraude constitue naturellement une priorité pour la commission. Nous avons d'ailleurs débattu et voté très récemment le projet de loi consacré à ce sujet. Cette lutte est nécessaire, notamment dans le secteur de l'optique, où la fraude est particulièrement répandue.

Pour autant, le dispositif proposé apparaît trop inabouti pour parvenir à ses fins. Vous l'avez compris, il trouverait davantage sa place, une fois retravaillé, dans le projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales lors de son examen à l'Assemblée nationale.

Il conviendra toutefois *a minima* de ne pas circonscrire son champ aux seules lentilles de contact, alors que les lunettes font elles aussi l'objet de fraudes à la non-délivrance, pour un préjudice bien supérieur.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 78 et 635.

(*Les amendements sont adoptés.*)

M. le président. En conséquence, l'article 18 bis est supprimé.

Après l'article 18 bis

M. le président. L'amendement n°750 rectifié, présenté par Mmes N. Goulet et Romagny, MM. Canévet et Bitz et Mme Sollogoub, est ainsi libellé :

Après l'article 18 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 111-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 111-2... ainsi rédigé :

« *Art. L. 111-2-- Au sens du présent code, la résidence principale d'une personne doit être justifiée dans des conditions fixées par décret.* »

« *L'élection de domicile ne vaut pas résidence.* »

La parole est à Mme Nadia Sollogoub.

Mme Nadia Sollogoub. Puisque nous abordons le sujet de la fraude, vous ne serez pas étonnés que je présente deux amendements de notre collègue Nathalie Goulet...

Cette dernière dresse un constat très simple, toujours le même, finalement, celui de notre incapacité chronique à maîtriser la base de nos bénéficiaires.

Tous les rapports mettent en avant l'approximation structurelle qui règne, en ce qui concerne en particulier les données de résidence des bénéficiaires de l'assurance maladie, ainsi que les limites des contrôles.

Par cet amendement, Nathalie Goulet propose donc que l'élection de domicile ne soit pas considérée comme un critère suffisant pour établir la résidence. Un certain nombre de bénéficiaires résident en effet chez des tiers, ce qui compromet toute possibilité de contrôle.

Avant d'envisager l'adoption de dispositifs plus intrusifs, il est impératif de permettre des contrôles sur la base la plus simple qui soit, c'est-à-dire celle de la résidence.

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

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Nous comprenons l'inquiétude de l'auteur de cet amendement, même si, en dépit de ses incidences sur nos comptes sociaux, une telle proposition relève davantage du projet de loi de lutte contre les fraudes sociales et fiscales que d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale. En tout état de cause, dans la mesure où le versement de certaines prestations sociales est soumis à la condition de résidence sur le territoire français, une définition trop large ou floue de la résidence principale pourrait en effet permettre des fraudes.

L'article R. 111-2 du code de la sécurité sociale précise toutefois que la résidence sur le territoire national doit être « stable » et avoir un « caractère permanent », ce qui pourrait exclure l'élection de domicile et saisir l'intention de l'auteur de l'amendement.

En pareille hypothèse, ce ne serait pas la loi qu'il faudrait modifier, mais son application qu'il faudrait renforcer. Pour en avoir le cœur net, la commission s'en remet à l'avis du Gouvernement.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Il y a deux manières de s'assurer que les conditions de résidence sont remplies : à l'ouverture des droits, grâce aux justificatifs qui sont demandés, puis par des contrôles réguliers. Quelque 239 000 fermetures de droits étant intervenues en 2024, j'estime que nous disposons des outils nécessaires et que l'amendement est satisfait.

Je demande donc son retrait ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable.

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

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Même avis, monsieur le président.

M. le président. La parole est à Mme Nadia Sollogoub, pour explication de vote.

Mme Nadia Sollogoub. Je suis bien consciente qu'un projet de loi de lutte contre les fraudes sociales et fiscales vient d'être examiné par notre assemblée, mais la fraude sociale a bien des incidences sur les finances de la sécurité sociale.

Par ailleurs, s'il est très simple de déclarer une résidence stable et permanente chez un tiers, il est beaucoup moins simple de contrôler l'effectivité de la résidence des assurés concernés.

M. le président. La parole est à Mme Frédérique Puissat, pour explication de vote.

Mme Frédérique Puissat. Lors des nombreuses auditions que nous avons menées, avec mon collègue Olivier Henno, dans le cadre du projet de loi de lutte contre les fraudes sociales et fiscales, nous avons pu constater que les vérifications conduites par les différents services pour s'assurer que les assurés résident effectivement au domicile qu'ils déclarent comme leur résidence s'apparentent – avec toutes les précautions qu'il convient de prendre lorsqu'on emploie ce terme – à un travail de police.

Je n'ai pas pris connaissance dans le détail du dispositif proposé par Mme Goulet, mais compte tenu de sa connaissance du sujet, je voterai cet amendement. Si les services ont besoin de ce dispositif, ne les en privons pas, mes chers collègues.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n°750 rectifié.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 18 bis.

L'amendement n°766 rectifié bis, présenté par Mme N. Goulet, MM. Bitz et Canévet et Mme Sollogoub, est ainsi libellé :

Après l'article 18 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur le détail des contrôles de résidence effectués sur le fondement de l'article L. 114-10-2 du code de la sécurité sociale avec une ventilation géographique desdits contrôles et leurs résultats.

La parole est à Mme Nadia Sollogoub.

Mme Nadia Sollogoub. Le présent amendement vise à demander un rapport relatif aux contrôles de résidence effectués sur le fondement de l'article L. 114-10-2 du code de la sécurité sociale, présentant une ventilation géographique desdits contrôles et leurs résultats.

Mme le ministre a fait état des contrôles qui sont déjà effectués, mais il me paraît intéressant de réaliser cet état des lieux, car nous savons que de nombreux cas posent des difficultés. S'agissant d'une demande de rapport, je pressens le sort qui sera réservé à cet amendement, mais il faut avancer sur ce sujet !

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

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Avis défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Ces contrôles font déjà l'objet d'un suivi attentif par la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), lequel est documenté dans le cadre des rapports annuels de certification des comptes du régime général de sécurité sociale qui sont réalisés par la Cour des comptes.

En mai 2025, comme je l'ai indiqué, ce rapport établissait à 239 000 le nombre des fermetures de droits réalisées en 2024, après 300 000 en 2021.

Par ailleurs, ce rapport ne manque pas de présenter les éléments que la Cour estime insuffisamment clairs, ainsi que les perspectives d'amélioration des dispositifs de contrôle par la Cnam.

Il me paraît donc que les contrôles réalisés auprès des organismes permettent d'ores et déjà de répondre à vos préoccupations, madame la sénatrice.

Je demande le retrait de cet amendement, et j'émettrai, à défaut, un avis défavorable.

Mme Nadia Sollogoub. Je retire l'amendement, monsieur le président !

M. le président. L'amendement n° 766 rectifié *bis* est retiré.

L'amendement n° 1062, présenté par Mmes Poncet Monge et Souyris, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, M. Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

Après l'article 18 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement transmet au Parlement un rapport évaluant la pertinence du délai d'exploitation effectif d'au moins trois ans imposé par l'arrêté du 16 mai 2025 portant approbation de la convention-cadre nationale relative à l'établissement d'une convention-type entre les entreprises de taxi et les organismes locaux d'assurance maladie, aux taxis, en particulier les taxis transport de personnes à mobilité réduite (TPMR) et aux voitures de transports avec chauffeur ayant tout conventionnement avec l'assurance maladie.

La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge.

Mme Raymonde Poncet Monge. Un arrêté récent soumet toute demande de conventionnement des taxis transport de personnes à mobilité réduite (TPMR) à un délai de trois ans d'exploitation effective et continue.

Si l'on comprend les raisons qui ont amené à la mise en œuvre de cet arrêté, ce délai, relativement long, freine le conventionnement des taxis TPMR dans certains territoires.

Il semblerait, par exemple, que les seize nouvelles licences lancées par la métropole de Lyon à l'issue d'une étude démontrant les besoins en la matière sont bloquées du fait de ces dispositions, conduisant les patients à se tourner vers les ambulances, plus onéreuses pour l'assurance maladie.

Par le présent amendement d'appel, j'invite donc le Gouvernement à évaluer les conditions d'application de cet arrêté, voire à reconstruire les délais réglementaires entourant le conventionnement des taxis, en particulier des taxis TPMR, *a minima* dans les territoires où le besoin a été caractérisé par une étude indépendante, afin de lever les situations de blocage imputables à ce délai de trois ans.

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

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Si, s'agissant d'une demande de rapport, il y a peu de suspense sur l'avis que j'émettrai, j'estime qu'il serait intéressant de savoir pourquoi le seuil a été fixé à trois ans, d'autant que les taxis sanitaires jouent un rôle déterminant dans le maillage de nos territoires ruraux et dans l'accès aux soins des assurés peu mobiles. Le ratio d'un taxi conventionné pour 100 000 habitants prévu par la convention est également une source d'inquiétude, pour les mêmes raisons.

En tout état de cause, l'avis est défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. La convention-cadre applicable aux entreprises de taxis prévoit la possibilité, pour ces entreprises, de facturer un supplément de 30 euros pour chaque trajet de personne à mobilité réduite.

Le comité de suivi national qui a été mis en place sera par ailleurs complété d'un dispositif d'observation territoriale.

Compte tenu de ces éléments, je demande le retrait de cet amendement, et j'émettrai, à défaut, un avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1062.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Article 18 ter (nouveau)

① I. – À titre expérimental, l'État peut autoriser, pour une durée de trois ans, dans au plus trois régions dont une située dans un territoire d'outre-mer, la prise en charge intégrale par l'assurance maladie des actes de prélèvements consécutifs aux sévices subis par les victimes de violences sexuelles et sexistes, dans un délai d'un mois à compter des faits, quel que soit l'âge de la victime, même en l'absence de dépôt de plainte.

② II. – Les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation prévue au I sont définies par décret. Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la liste des territoires participant à l'expérimentation mentionnée au même I, dans la limite de trois régions.

③ III. – Dans un délai de six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation portant notamment sur :

④ 1° L'accès effectif des victimes à la prise en charge intégrale ;

⑤ 2° L'impact de la mesure sur la santé physique et psychique des victimes ;

- ⑥ 3° Les incidences de la mesure sur le déroulement des procédures pénales en cours ou à venir ;
- ⑦ 4° Les conditions de mise en œuvre pour les professionnels de santé et pour les organismes d'assurance maladie ;
- ⑧ 5° La pertinence d'une généralisation du dispositif à l'ensemble du territoire.

M. le président. L'amendement n° 636, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 1

Supprimer les mots :

, dans au plus trois régions dont une située dans un territoire d'outre-mer

II. – Alinéa 2

Compléter cet alinéa par les mots :

, dont une collectivité régie par l'article 73 de la Constitution

III. – Alinéa 3

Remplacer les mots :

Dans un délai de six

par les mots :

Au plus tard trois

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement vise à apporter des précisions rédactionnelles, mais aussi à reculer de trois mois la date à laquelle le bilan de l'expérimentation relative à la prise en charge des prélèvements médicaux légaux sans dépôt de plainte après des violences sexistes ou sexuelles sera réalisé, de manière à fonder celui-ci sur une durée d'expérimentation un peu plus longue.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Avis favorable.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Rossignol, pour explication de vote.

Mme Laurence Rossignol. S'il me paraît évident que de bonnes intentions ont présidé au dépôt de cet amendement – disposer d'un délai plus long pour mener l'expérimentation –, madame la rapporteure, j'ai un doute quant aux effets du raccourcissement du délai que vous proposez pour la remise du rapport. Ayant une confiance limitée dans la capacité de l'administration à être suffisamment réactive, je crains que la poursuite de l'expérimentation, voire la pérennisation du dispositif, ne s'en trouve compromise par une telle réduction du délai, ce qui serait contraire à l'objectif que vous voulez atteindre.

Par ailleurs, la rédaction de l'article 18 *ter* prévoyant non pas une obligation, mais une simple faculté – « l'État peut autoriser » : on ne peut pas être moins injonctif –, je souhaite que Mme la ministre précise les intentions du Gouvernement.

Cette expérimentation, qui fait l'objet d'un consensus puisqu'elle est demandée par les deux chambres du Parlement, sera-t-elle mise en œuvre, madame la ministre ? Si oui,

quand démarrera-t-elle ? Et que pensez-vous de ma remarque sur le raccourcissement du délai de restitution du rapport avant le terme de l'expérimentation ?

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. J'avais d'abord prévu de m'en remettre à la sagesse du Sénat sur cet amendement. En écoutant les arguments de Mme la rapporteure, j'ai finalement décidé de donner un avis favorable, mais votre interrogation sur le délai accordé à la réalisation du bilan est légitime, madame la sénatrice, même si je ne doute pas que les services seront en mesure de dresser le bilan de l'expérimentation en l'espace de trois mois.

Sur cet amendement, je m'en remets donc à la sagesse du Sénat.

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

M. le président. Madame Rossignol...

Je mets aux voix l'amendement n° 636.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'article 18 *ter*, modifié.

(*L'article 18 ter est adopté.*)

Article 18 quater (nouveau)

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant la participation de l'assuré aux frais liés aux actes et aux prestations réalisés dans une structure de médecine d'urgence prévus au second alinéa du 2° de l'article L. 162-22-8-2 et au quatrième alinéa du I de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale, du point de vue de son coût pour la sécurité sociale et de son effet sur les possibilités d'accès des assurés aux soins d'urgence.

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

L'amendement n° 80 est présenté par M. Henno.

L'amendement n° 637 est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Olivier Henno, pour présenter l'amendement n° 80.

M. Olivier Henno. Il est défendu, monsieur le président.

M. le président. La parole est à Mme la rapporteure, pour présenter l'amendement n° 637.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Le présent article prévoyant la remise d'un rapport sur le forfait patient urgences (FPU), je propose sa suppression.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Avis favorable.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Rossignol, pour explication de vote.

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

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

Mme Laurence Rossignol. Vous faites ce que vous voulez, monsieur le président ; moi aussi !

Je vous ai interrogée sur les modalités selon lesquelles vous envisagiez d'appliquer l'article 18 *ter* et je note que vous avez refusé de me répondre, madame la ministre. Il s'agit pourtant d'un dispositif majeur de la lutte contre les violences faites aux femmes et de la prise en charge des victimes.

Avez-vous l'intention d'appliquer cet article? Quel dispositif comptez-vous mettre en place et quand? Je vous pose la question! Croyez-moi, nous y reviendrons!

Mme Frédérique Puissat. Quelle violence!

M. le président. Madame Rossignol, je ne fais pas ce que je veux quand je préside la séance. Je le fais pour l'institution, avec une neutralité absolue. En l'occurrence, Mme la ministre ne vous a pas répondu. (*Applaudissements sur les travées des groupes Les Républicains, UC, et INDEP.*)

Je mets aux voix les amendements identiques n°s 80 et 637.

(*Les amendements sont adoptés.*)

M. le président. En conséquence, l'article 18 *quater* est supprimé.

Article 19

- ① Le titre VI du livre I^e du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1^o Le chapitre II est complété par une section 15 ainsi rédigée :
 - « Section 15
- ④ « *Prise en charge de prestations d'accompagnement préventif à destination des assurés souffrant d'une pathologie à risque d'évolution vers une affection de longue durée*
- ⑤ « Art. L. 162-63. – Les assurés sociaux souffrant d'une pathologie à risque d'évolution vers une affection relevant 3^o et 4^o de l'article L. 160-14 et inscrite sur une liste peuvent bénéficier d'un parcours d'accompagnement préventif sur prescription médicale. Les critères d'inscription sur cette liste sont déterminés par un décret pris après avis de la Haute Autorité de santé.
- ⑥ « La prescription médicale du parcours d'accompagnement préventif est adressée pour avis au service du contrôle médical de la caisse d'assurance maladie dont relève l'assuré. À défaut d'observations dans un délai fixé par voie réglementaire, l'avis est réputé favorable. Le directeur de l'organisme notifie à l'assuré et à son médecin traitant la décision statuant sur son admission dans le parcours d'accompagnement préventif.
- ⑦ « Ce parcours d'accompagnement préventif peut être organisé sous la forme d'un parcours coordonné renforcé mentionné à l'article L. 4012-1 du code de la santé publique, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. Ce parcours ne peut faire l'objet d'une facturation de dépassements d'honoraires. »;
- ⑧ 2^o Le 9^o de l'article L. 160-8 est complété par les mots : « et à l'article L. 162-63 du présent code ».

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

M. Daniel Chasseing. Pour faire face à l'augmentation du nombre de patients souffrant d'une affection de longue durée, le présent article prévoit la prise en charge de prestations d'accompagnement préventif à destination des assurés souffrant d'une pathologie présentant un risque d'évolution.

Quelque 25 millions de personnes souffrent de pathologies chroniques, soit plus de 36 % de la population, cette proportion devant atteindre 43 % en 2035. Cette augmentation ne sera pas sans répercussions sur le nombre d'ALD, dont la prise en charge représente les trois quarts des dépenses de l'assurance maladie. Quelque 18 millions de patients devraient être en ALD en 2035, contre 9 millions aujourd'hui.

La réduction du nombre de patients en ALD, et, partant, des dépenses afférentes à leur prise en charge passe par une prévention renforcée fondée sur un parcours d'accompagnement préventif incluant la diététique et l'activité physique et, le cas échéant, par un parcours de soins coordonné renforcé.

La liste des pathologies concernées doit être précisée par la HAS, mais aussi peut-être par les ordres. Le dispositif sera cofinancé par l'assurance maladie et les organismes complémentaires d'assurance maladie. Toute décision d'admission sera naturellement soumise à l'accord du médecin-conseil et supposera l'implication du médecin traitant.

Deux niveaux de prise en charge pourront ainsi être reconnus : un premier niveau, incluant des patients dont l'affection ne nécessite pas de traitement très coûteux, visant à prévenir et à éviter l'aggravation des maladies chroniques pouvant conduire à une ALD, et un second niveau, pour les pathologies graves, correspondant au dispositif existant actuellement.

Le diabète pourrait ainsi être inclus dans ce premier niveau d'ALD, de même que l'hypertension artérielle, qui n'est actuellement pas reconnue comme une ALD, mais qui nécessite des contrôles, celle-ci pouvant entraîner des affections secondaires.

En résumé, le dispositif prévu à cet article est attendu, car il permettra d'éviter l'évolution de certaines pathologies en ALD.

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

Mme Anne Souyris. L'article 19 partait d'une bonne idée : la création d'un panier de soins préventifs. En matière de prévention, je crois que nous partageons toutes et tous une même ambition, mes chers collègues.

Je m'inquiète toutefois de la « clarification » que devra apporter la HAS quant à l'articulation du dispositif prévu avec le dispositif des ALD. J'espère en effet que cette « clarification » ne deviendra pas un prétexte pour revoir à la baisse les critères d'entrée en ALD. Nous avons hélas! déjà eu quelques signaux allant dans ce sens.

Dans l'étude d'impact, il est écrit noir sur blanc que ce nouveau parcours préventif pourrait concerter des patients aujourd'hui en ALD. Les personnes atteintes de diabète de type 2 de niveau 1, actuellement remboursées à 100 %, pourraient ainsi basculer dans ce parcours d'accompagnement préventif, pris en charge à 60 % seulement.

En distinguant des pathologies à risque d'évolution des pathologies déjà reconnues comme des ALD, nous risquons d'introduire une stratification des maladies chroniques, et, partant, un régime d'ALD à deux vitesses : les pathologies jugées « les plus graves » resteraient remboursées à 100 %, tandis que des milliers de patients basculeraient dans un régime moins protecteur, avec un reste à charge accru pour les consultations spécialisées, pour les médicaments de suivi et pour la vie quotidienne.

Les chiffres parlent d'eux-mêmes : les économies attendues de la fin de la prise en charge intégrale, autrement dit de la sortie du régime d'ALD, s'élèvent à 514 millions d'euros. Nous ne pouvons pas ignorer le décalage flagrant entre l'intention affichée et le déséquilibre qui résultera de ce dispositif, mes chers collègues.

Oui, investissons dans la prévention, car c'est indispensable ; mais ne laissons pas la prévention devenir le cheval de Troie d'un recul des droits des personnes atteintes de maladies chroniques.

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

Mme Émilienne Poumirol. L'article 19 est le seul article de ce PLFSS qui aborde le sujet de la prévention. Si cela constitue une avancée, celle-ci demeure insuffisante. Pis, comme notre collègue Anne Souyris vient de l'indiquer, on peut se demander si le présent dispositif n'est pas proposé dans une visée purement comptable – les syndicats médicaux ont du reste exprimé la même inquiétude –, afin de programmer la sortie des patients du régime de l'ALD.

Nous fêtons cette année les quatre-vingts ans de la sécurité sociale. Celle-ci a été conçue dans une visée curative qui, aujourd'hui encore, accapare 97 % des dépenses de santé. Le monde a toutefois changé, et face à la montée préoccupante des maladies chroniques, dont la prévalence augmente de 2 % par an, face à l'apparition de nouvelles pandémies et à l'accroissement des inégalités sociales dans le domaine de la santé, il est aujourd'hui indispensable de repenser notre modèle de santé et de prévention.

Si la mise en place d'une politique de prévention aura des incidences sur la consommation médicale et, donc, sur les dépenses, elle doit reposer sur une vision de long terme.

Or ce PLFSS ne comporte aucune mesure de prévention primaire. Il existe certes des plans nationaux de santé environnementale, mais ces derniers fonctionnent en tuyaux dans chaque ministère. Rien sur la qualité de l'air, l'alimentation, les effets de la sédentarité, les conditions de travail, autant de sujets qui sont et qui seront les grands défis de notre protection sociale de demain.

Nous devons désormais fonder notre modèle non plus uniquement ou presque sur le soin, mais sur la santé, le *One Health*, en agissant non seulement sur les maladies, mais aussi sur les déterminants de santé, ce qu'on appelle en général l'exposome.

Le Sénat a mené des travaux relatifs à la prévention de la santé environnementale, en particulier nos collègues Bernard Jomier ou Mélanie Vogel, rapporteure de la commission d'enquête intitulée *Construire la sécurité sociale écologique du XXI^e siècle*, travail auquel j'avais participé. Il est grand temps de nous emparer de ces travaux et d'opérer un véritable changement de paradigme, mes chers collègues.

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

M. Alain Milon, vice-président de la commission des affaires sociales. Je salue l'instauration, par le présent article, d'un parcours d'accompagnement préventif pour les assurés présentant une pathologie à risque d'évolution vers une affection de longue durée. Cette avancée importante traduit la reconnaissance de la prévention comme levier majeur de santé publique et comme déterminant de l'efficience du système de soins.

Je souhaite toutefois attirer votre attention sur la place du diagnostic *in vitro* dans ce parcours préventif, madame la ministre. Ces examens, qu'il s'agisse du bilan biologique de suivi ou du test de dépistage, jouent un rôle essentiel pour identifier précocement les risques d'évolution et évaluer l'efficacité des actes de prévention.

Dans un souci de cohérence avec les recommandations de la Haute Autorité de santé et la stratégie nationale de santé 2023-2033, pourriez-vous nous préciser si les examens de diagnostic *in vitro* seront bien pris en compte dans la mise en œuvre concrète du parcours d'accompagnement préventif prévu par cet article, madame la ministre ?

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Permettez-moi d'abord un bref aparté pour répondre à Mme Rossignol.

L'année dernière, sur l'initiative de Mme Joso, l'Assemblée nationale a adopté l'expérimentation de la prise en charge des tests permettant de détecter une soumission chimique. Le Gouvernement souhaite coupler l'expérimentation prévue par l'article 18 *ter*, qui porte sur la prise en charge à 100 % de différents types de prélèvements, par exemple de cheveux, par l'assurance maladie, à la première expérimentation, puisque toutes deux vont dans le même sens, de manière à nous donner toutes les chances d'aboutir dans la durée.

Soyez assurée, madame la sénatrice, de la volonté du Gouvernement d'aller au bout de ces expérimentations afin d'évaluer l'intérêt des dispositifs testés.

Pour ce qui concerne le délai le plus opportun pour réaliser le bilan, j'estime que nous serons mieux à même de le mesurer une fois l'expérimentation lancée. J'espère avoir répondu à votre question, madame la sénatrice.

J'en reviens au présent article, qui est très important à mes yeux, car il participe d'un véritable changement de culture. L'assurance maladie va en effet financer des parcours d'accompagnement préventif visant à éviter le basculement de patients en ALD. Je crois que chacun pourra souscrire à cet objectif.

Vous avez évoqué le cas des patients atteints de diabète de type 2 de niveau 1, madame Souyris. L'objectif est en effet de diminuer le nombre de patients en ALD, parce que le nombre de patients ayant besoin de cette prise en charge sera moins important. Autrement dit, l'objectif est que chacun bénéficie de la prise en charge dont il a besoin et que davantage de patients aillent bien !

Compte tenu du mur démographique auquel nous faisons face, ce changement de culture est une nécessité. Il nous faut du reste aller encore plus loin, en instaurant progressivement, au cours des prochaines années, une rémunération des professionnels de santé en fonction de la bonne santé – c'est-à-dire de l'absence de maladie – de leurs patients. Comme d'autres pays, nous pourrions prendre ce chemin.

Pour vous répondre, monsieur Milon, les parcours d'accompagnement préventif reposent sur la prévention à la fois primaire et tertiaire. Une personne en surpoids de 55 ans sera considérée comme présentant un risque accru de contracter le diabète sans qu'il lui soit nécessaire de l'attester par des prises de sang. Je ne puis m'avancer davantage, car il reviendra à la HAS de déterminer précisément les soins pris en charge dans ces parcours d'accompagnement.

En tout état de cause, un tel dispositif me paraît efficace aussi bien pour la prise en charge des patients que pour l'assurance maladie.

M. le président. La parole est à Mme Marion Canalès, sur l'article.

Mme Marion Canalès. Mme la ministre a souvent dit, au cours de nos débats, que l'article 19 constituerait une forme d'apothéose en matière de prévention. À titre personnel, je trouve bien maigres les avancées permises par cet article.

Je note d'abord que c'est par voie d'amendement que l'Assemblée nationale a dû préciser, car cela ne figurait pas dans le texte initial – cela en dit long... –, que les prestations réalisées dans le cadre de ces parcours d'accompagnement préventif ne pourront pas faire l'objet d'une facturation de dépassement d'honoraires.

Je note ensuite que, si nous avons abordé le sujet de la prévention à de nombreuses reprises depuis le début de nos débats, ce PLFSS prévoit la suppression du caractère obligatoire de la visite à la médecine du travail préalable à toute reprise d'activité consécutive à un congé maternité. Alors que la santé mentale est une grande cause nationale, je rappelle que la dépression post-partum, qui n'a rien à voir avec un petit *baby blues* en ce qu'elle peut durer plusieurs mois, peut conduire des femmes jusqu'au suicide, lequel est la première cause de mortalité des mères dans l'année suivant leur accouchement.

Nous avons déposé de nombreux amendements, notamment à la suite des travaux de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur les manquements des politiques publiques de protection de l'enfance et de la mission d'information sénatoriale sur l'avenir de la santé périnatale et son organisation territoriale. Nous proposons en particulier la mise en place d'un parcours de soins coordonné, gradué, adapté pour les enfants protégés. Ces amendements ont toutefois été jugés irrecevables au regard de l'article 40 de la Constitution, si bien qu'ils ne seront pas débattus.

Je regrette que le Gouvernement n'ait pas pris l'initiative d'intégrer lui-même ces éléments centraux de prévention au présent texte.

M. le président. L'amendement n°638, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 5, première phrase

Après le mot :

relevant

insérer le mot :

des

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Amendement rédactionnel.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n°638.

(*L'amendement est adopté.*)

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

L'amendement n°639, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 5

1° Première phrase

Après le mot :

liste

insérer les mots :

établie par décret après avis de la Haute Autorité de santé

2° Seconde phrase

Supprimer cette phrase.

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Par cet amendement, il est proposé que la liste des pathologies éligibles au parcours d'accompagnement préventif soit fixée par décret après avis de la Haute Autorité de santé.

À ce stade, le texte prévoit que l'avis de la HAS ne porte que sur les critères médicaux permettant d'identifier les pathologies concernées, et non sur la liste elle-même.

Cette modification permettrait un alignement du cadre juridique du présent dispositif sur celui des ALD 30, dont la liste est fixée par décret après l'avis de la HAS. Elle permettrait également de faire porter de façon plus directe l'avis de la HAS sur les pathologies qui seront concernées par ces parcours.

J'estime pour ma part que le présent article va dans le bon sens et que l'on ne peut que se féliciter qu'un accompagnement soit prévu pour prévenir l'aggravation des maladies chroniques.

M. le président. Mes chers collègues, je précise que si l'amendement n°639 était adopté, les autres amendements en discussion commune n'auraient plus d'objet.

L'amendement n°1562 rectifié *bis*, présenté par M. Bonhomme, Mme Dumont, MM. Levi et Piednoir, Mmes Belrhiti et Canayer, MM. Somon et Brisson, Mme Gosselin, M. Margueritte, Mmes Bellamy et Senée, MM. Frassa et H. Leroy et Mme Ventalon, est ainsi libellé :

Alinéa 5

Compléter cet alinéa par les mots :

et avis conforme des associations agréées au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique

La parole est à M. Laurent Somon.

M. Laurent Somon. Par cet amendement, notre collègue François Bonhomme propose d'intégrer les associations agréées d'usagers aux concertations visant à déterminer les critères permettant d'identifier les situations justifiant la mise en œuvre de ces parcours d'accompagnement préventif.

Si l'instauration de tels parcours pour les personnes à risque de développer des maladies de longue durée est une initiative louable, il convient en effet d'en faire une mesure au service des usagers.

Les dispositions ne pouvant être déterminées selon des critères exclusivement budgétaires, au détriment de la santé, il est impératif qu'au-delà de la HAS, les associations d'usagers soient intégrées à ces travaux pour définir au mieux le panier de soins concerné.

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

L'amendement n° 238 rectifié *bis* est présenté par Mme Devésa, MM. Bonhomme, Dhersin et Levi, Mmes Sollogoub et Bourguignon, MM. Henno et Courtial, Mmes Guidez et Romagny, M. Houpert et Mme Joseph.

L'amendement n° 1623 rectifié *quinquies* est présenté par Mme Aeschlimann, M. Burgoa, Mme Muller-Bronn, M. Mizzon, Mmes Belrhiti, V. Boyer, Evren et Canayer, M. Séne, Mmes Petrus et Billon, M. Panunzi, Mme Demas et MM. Piednoir, H. Leroy, Genet et Saury.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 5

Compléter cet alinéa par les mots :

et concertation avec les associations agréées au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique

La parole est à Mme Nadia Sollogoub, pour présenter l'amendement n° 238 rectifié *bis*.

Mme Nadia Sollogoub. Ce PLFSS propose de créer un parcours d'accompagnement préventif pour les personnes souffrant d'une pathologie qui peut se compliquer et évoluer en affection de longue durée.

Dans sa rédaction actuelle, le texte prévoit la création d'une liste de pathologies concernées, fixée selon des critères déterminés par décret pris après avis de la Haute Autorité de santé.

Par cet amendement, notre collègue Brigitte Devésa propose que des associations agréées d'usagers soient également consultées pour la détermination de ces critères, afin de garantir au mieux le respect des droits des assurés sociaux.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Muller-Bronn, pour présenter l'amendement n° 1623 rectifié *quinquies*.

Mme Laurence Muller-Bronn. Il est défendu, monsieur le président.

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

L'amendement n° 1545 rectifié *ter* est présenté par Mme Antoine, M. Pillefer, Mme Billon, M. Bitz, Mme Canayer, M. Chevalier, Mme Dumont, M. Fargeot, Mme Guidez, M. Mizzon et Mmes O. Richard et Sollogoub.

L'amendement n° 1589 est présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, M. Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 5

Compléter cet alinéa par les mots :

, en concertation avec les associations agréées au titre de l'article L. 1114-1 du code de la santé publique.

La parole est à M. Bernard Pillefer, pour présenter l'amendement n° 1545 rectifié *ter*.

M. Bernard Pillefer. Cet amendement de notre collègue Jocelyne Antoine a pour objet d'inclure les associations agréées d'usagers dans le cadre des concertations relatives à la détermination des critères d'identification des situations justifiant la mise en œuvre des parcours d'accompagnement préventif.

Si cette proposition de mettre en place de tels parcours pour les personnes susceptibles de développer des maladies de longue durée est louable, la future redéfinition des conditions de reconnaissance d'une ALD ne peut avoir pour seul et unique objectif d'imposer des restrictions budgétaires. Il est impératif qu'au-delà de la HAS les associations d'usagers soient associées à ces travaux.

M. le président. La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge, pour présenter l'amendement n° 1589.

Mme Raymonde Poncet Monge. Il est défendu, monsieur le président.

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

Mme Corinne Imbert, rapporteure. L'amendement n° 1562 rectifié *bis* vise à ce que les critères d'inscription sur la liste des pathologies à risque d'évolution vers une affection de longue durée soient également soumis à un avis conforme des associations d'usagers, ce qui ferait perdre tout son intérêt au caractère indépendant et scientifique de l'avis émis par la Haute Autorité de santé. La commission y est donc défavorable.

Les amendements n°s 238 rectifié *bis*, 1623 rectifié *quinquies*, 1545 rectifié *ter* et 1589 visent quant à eux à ce que l'on tienne compte de l'avis des associations d'usagers sur les critères justifiant la mise en œuvre d'un parcours d'accompagnement préventif. Or ces associations sont déjà consultées dans le cadre des travaux menés par les commissions de la Haute Autorité de santé. Dans certaines d'entre elles, on compte deux, trois, voire quatre représentants d'usagers, des représentants qui occupent même quelquefois un poste de vice-président. Bref, les usagers sont déjà très largement associés à la réflexion.

Certes, d'un point de vue général, on ne peut que souhaiter que les associations d'usagers soient entendues, mais, dans ce cas précis, je considère que c'est déjà le cas.

L'ensemble de ces amendements étant satisfaisants, j'en demande le retrait ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Le Gouvernement émet un avis défavorable sur les amendements n°s 1562 rectifié *bis*, 238 rectifié *bis*, 1623 rectifié *quinquies*, 1545 rectifié *ter* et 1589, car il les considère également comme satisfaisants. Par ailleurs, il sera favorable à l'amendement n° 639 de la commission.

Je le redis ici, il est primordial d'inclure les usagers dans cette démarche. Tant mieux si c'est déjà le cas, mais il faut rester vigilant et faire en sorte que cela continue ainsi. Les usagers ont effectivement toute leur place dans la réflexion que mènera la Haute Autorité de santé.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 639.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. En conséquence, les amendements n°s 1562 rectifié *bis*, 238 rectifié *bis*, 1623 rectifié *quinquies*, 1545 rectifié *ter* et 1589 n'ont plus d'objet.

Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 556 rectifié *bis* est présenté par Mme Deseyne, M. Milon, Mmes Gruny et Lassarade, M. de Nicolaï, Mme Richer, MM. Bonhomme, Panunzi, H. Leroy, Lefèvre et Piednoir, Mme Bellamy, MM. Houpert

et Burgoa, Mmes Muller-Bronn et Malet, M. Grospperrin, Mmes Evren, Bonfanti-Dossat et Canayer, M. Genet, Mmes Aeschlimann et Pluchet et M. Gremillet.

L'amendement n°855 rectifié *bis* est présenté par MM. Iacovelli, Buis et Rambaud et Mmes Schillinger et Havet.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 5

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Ce parcours tient compte, le cas échéant, des recommandations de la Haute Autorité de santé relatives aux modalités de prévention et de prise en charge validées, qu'elles soient médicamenteuses ou non médicamenteuses.

La parole est à Mme Chantal Deseyne, pour présenter l'amendement n°556 rectifié *bis*.

Mme Chantal Deseyne. Cet amendement vise à préciser le périmètre du parcours d'accompagnement préventif sans en modifier ni les implications financières ni le champ de la prise en charge. Ce parcours vise à prévenir l'aggravation des pathologies chroniques à un stade précoce en proposant aux assurés un accompagnement personnalisé qui favorise le maintien de leur état de santé et retarde l'entrée dans le dispositif des affections de longue durée.

Il est essentiel que la définition et la mise en œuvre de ces parcours d'accompagnement préventif se fondent sur les recommandations actuelles de la Haute Autorité de santé, afin d'en garantir la cohérence médicale.

M. le président. L'amendement n°855 rectifié *bis* n'est pas soutenu.

Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Au travers de l'amendement n°556 rectifié *bis*, il est proposé d'organiser des parcours d'accompagnement préventif en tenant compte des recommandations de la Haute Autorité de santé. Cette précision utile permet de garantir que le format de ces nouvelles prestations soit le plus adapté possible aux besoins des patients et qu'il soit pleinement compatible avec les orientations préconisées par la HAS en matière de prévention.

Je souligne à cet égard que le projet stratégique de la Haute Autorité de santé pour la période 2025-2030 fait de la prévention l'une de ses grandes priorités : l'organisme souhaite renforcer la place de la prévention dans ses travaux, notamment en développant l'évaluation médico-économique des programmes de prévention.

La commission est donc favorable à cet amendement.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Je rappelle que la HAS, qui est une autorité indépendante, va définir le plus scientifiquement possible le périmètre de ces parcours, qui seront tous différents les uns des autres. Dans la mesure où l'on demande justement à cette autorité de les préciser, il ne me semble pas utile d'inscrire les parcours dans la loi. Aussi le Gouvernement demande-t-il le retrait de cet amendement ; à défaut, il y sera défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n°556 rectifié *bis*.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. L'amendement n°640, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 5

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Le médecin traitant assure le suivi du parcours d'accompagnement préventif de ses patients.

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La création des parcours d'accompagnement préventif s'inspire d'une recommandation formulée par la Cnam dans son dernier rapport annuel « Charges et produits ». Celle-ci préconise notamment d'impliquer le médecin traitant dans cet accompagnement. Or, à l'article 19, rien n'est dit du rôle du médecin traitant dans la mise en œuvre du parcours ni dans le suivi du patient.

L'amendement de la commission vise donc à préciser la mission de suivi que doit exercer le médecin traitant pour les patients qui en disposent. Grâce à ce suivi, le patient pourra, en fonction de ses besoins, être orienté par son médecin vers une prise en charge adaptée, à l'issue de son parcours préventif. Les patients qui ne disposent pas de médecin traitant pourront tout autant bénéficier d'un parcours d'accompagnement préventif, mais ne profiteront pas de ce suivi.

Ce dispositif s'inscrit dans le prolongement de la recommandation de la Cnam et permet de réaffirmer le rôle du médecin traitant comme chef d'orchestre du parcours de santé.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Il me semble que cet amendement est déjà satisfait. Je rappelle que le médecin traitant a bien évidemment une place centrale dans ces parcours de prévention : aujourd'hui, il est déjà au cœur des différentes prises en charge qui contribuent au suivi des patients.

J'ajoute qu'il existe, dans certains territoires, des organisations professionnelles qui, dans le cadre de leur projet de communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou de maison de santé pluriprofessionnelle (MSP), ont déjà mis en œuvre des parcours équivalents permettant la coordination des mesures de suivi et de prévention, parcours qui sont désormais inscrits dans la loi. Dans le cadre de ces parcours, j'y insiste, le médecin traitant tient vraiment une place fondamentale, qu'il doit bien sûr continuer d'occuper.

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

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

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Je précise simplement à l'attention de Mme la ministre qu'il n'est pas fait mention du médecin traitant à l'article 19. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle la commission a déposé cet amendement n°640.

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

M. Daniel Chasseing. Comme vient de le dire Mme la rapporteure, il convient de préciser le rôle du médecin traitant, même s'il est, de manière sous-entendue, déjà impliqué dans les parcours. Après tout, c'est le médecin traitant qui oriente les malades susceptibles d'évoluer vers

une ALD de premier niveau vers un parcours préventif et qui en fait la demande auprès du médecin-conseil. Il importe de mon point de vue d'apporter une telle précision.

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

Mme Émilienne Poumirol. J'irai dans le même sens que Mme la rapporteure, d'autant plus que l'on a perçu, lors des auditions des syndicats de médecins, en particulier chez les représentants du syndicat des médecins généralistes (MG France), une vraie inquiétude à ce propos. Préciser le rôle du médecin traitant me semble extrêmement important.

Madame la ministre, vous avez eu raison de rappeler que de tels parcours de prévention étaient déjà intégrés aux projets de santé dans les CPTS et les MSP et que les médecins s'étaient vraiment emparés de cet aspect important de la pratique médicale qu'est la prévention. J'émettrai cependant un bémol : aujourd'hui, beaucoup de patients n'ont pas encore de médecin traitant. Il faut vraiment penser à tous ces déserts médicaux dans lesquels l'accès aux soins est difficile ; le parcours d'accompagnement y sera plus compliqué qu'ailleurs...

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 640.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 1588, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, M. Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

Alinéa 5

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Ce parcours prend en considération les déterminants environnementaux pouvant contribuer à l'évolution des pathologies chroniques.

La parole est à Mme Anne Souyris.

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

Pollution de l'air, qualité de l'eau, perturbateurs endocriniens, bruit, conditions de logement et de travail, habitudes de vie – bref, tout ce que les experts appellent l'exposome – sont des éléments qui, cumulés, déterminent le niveau de risque qu'encourt un patient de développer une maladie chronique, aussi sûrement que notre alimentation ou notre activité physique.

Avec cet amendement, nous proposons simplement que le parcours d'accompagnement préventif tienne explicitement compte de tout le champ de la santé environnementale, non seulement les comportements individuels comme l'activité physique ou l'alimentation, mais aussi la surveillance de l'environnement, les conditions de vie et de travail.

Les données sont désormais incontestables. Une étude récente de Santé publique France montre par exemple que l'exposition à la pollution atmosphérique est responsable de 7 % à 13 % des nouveaux cas d'asthme, d'accident vasculaire cérébral (AVC), de diabète de type 2 ou encore de maladies cardiovasculaires chez l'adulte. Chez les enfants, jusqu'à 20 % des nouveaux cas de maladies respiratoires sont

attribuables à cette pollution. Et cette situation a un coût colossal pour la collectivité : plus de 16 milliards d'euros par an sont imputables aux particules fines et au dioxyde d'azote.

Face à cette situation, pouvons-nous continuer à penser la prévention sans tenir compte de ces facteurs ? La réponse est non. La sécurité sociale de demain, c'est la prévention et la santé environnementale. Nous ne manquerons pas ce tournant ; ne le manquez pas non plus !

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

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Je rappelle qu'à ce stade, parmi les pathologies envisagées pour la mise en œuvre des parcours d'accompagnement préventif, figurent l'hypertension artérielle et le diabète sans complications. Je suppose que d'autres pathologies ont vocation à en faire partie – je l'espère en tout cas. Quoi qu'il en soit, les travaux de la Haute Autorité de santé nous éclaireront sans doute à ce sujet.

Ma chère collègue, vous venez d'évoquer l'asthme : je pense qu'il s'agit en effet d'une pathologie qui pourrait figurer dans cette liste. Cela étant, sans que je sois en désaccord sur le fond, la précision relative aux déterminants environnementaux dans l'évaluation et l'évolution des pathologies chroniques ne me paraît pas plus justifiée que d'autres paramètres, comme les déterminants génétiques, métaboliques, psychologiques, et bien d'autres encore.

Si je partage votre préoccupation, je ne doute pas que la HAS adoptera une approche globale, prenant en compte l'ensemble de ces facteurs et déterminants. N'étant pas certaine que la précision que vous souhaitez faire apparaître dans le texte soit nécessaire, j'émettrai un avis défavorable sur votre amendement.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Vous avez raison, madame la sénatrice, la prise en considération des facteurs environnementaux est indispensable dans le cadre de notre politique de prévention. D'ailleurs, c'est la raison pour laquelle ils font partie des critères dont on tient compte dans le dispositif Mon bilan prévention, que nous avons lancé il y a maintenant deux ans pour faire un point sur la santé des patients aux âges clés de la vie. Il est donc exact de dire que ces critères environnementaux font clairement partie d'une démarche préventive.

Pour en revenir aux parcours d'accompagnement préventif créés par l'article 19, je le redis, la Haute Autorité de santé validera scientifiquement ce qu'il sera possible de faire figurer dans la liste des pathologies et prendra en compte tous les facteurs importants, qu'ils soient environnementaux ou métaboliques. Mais, j'y insiste, Mon bilan prévention prend déjà en compte ces critères environnementaux aux différents âges clés de la vie.

Je demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, j'y serai défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1588.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

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

L'amendement n° 641 rectifié est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 1351 est présenté par le Gouvernement.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 6

Supprimer cet alinéa.

La parole est à Mme la rapporteure, pour présenter l'amendement n° 641 rectifié.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement résulte d'une demande que j'ai faite au Gouvernement – j'en profite pour remercier Mme la ministre d'avoir fait preuve d'écoute et d'avoir accepté de le « couvrir » – à l'issue d'une série d'auditions que nous avons menées en amont de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Nous proposons de supprimer l'alinéa 6, qui prévoit que les parcours d'accompagnement préventif sont soumis à un régime d'accord préalable de l'assurance maladie. Les associations de patients et les syndicats de médecins libéraux ont en effet tous regretté que la prise en charge de ces nouveaux parcours par l'assurance maladie soit subordonnée à un tel accord préalable. Cette procédure est jugée contraignante pour les patients et chronophage pour les médecins. La procédure d'accord préalable est généralement réservée aux actes et prestations particulièrement coûteux ; elle peut également s'avérer utile lorsqu'il existe un risque de non-respect des indications ouvrant droit à la prise en charge ou en cas de mésusage.

Si l'ambition est véritablement d'encourager la prévention, il est préférable de supprimer ce régime d'accord préalable et de mettre en œuvre un dispositif qui ne soit pas trop contraignant.

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour présenter l'amendement n° 1351.

Mme Stéphanie Rist, ministre. Comme l'a dit Mme la rapporteure, cet amendement vise à « couvrir » le précédent amendement.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 641 rectifié et 1351.

(*Les amendements sont adoptés.*)

M. le président. L'amendement n° 525 n'est pas soutenu.

L'amendement n° 642, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 7

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des actes et prestations pris en charge dans le cadre des parcours d'accompagnement préventif. » ;

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Il s'agit d'un amendement un peu plus technique.

L'étude d'impact du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale évoque la possibilité que les parcours d'accompagnement préventif comprennent des bilans psychologiques et diététiques, ainsi que des séances d'éducation physique. Or la liste des actes et prestations susceptibles de relever de ces parcours n'est pas fixée et pourrait d'ailleurs évoluer dans le temps.

C'est pourquoi nous proposons, dans un souci de clarté, de renvoyer à un arrêté ministériel la liste des actes et prestations pris en charge.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Dès lors qu'il est bien prévu que les parcours d'accompagnement préventif soient organisés sous la forme de parcours coordonnés renforcés, dans des conditions fixées par un décret en Conseil d'État, et, donc, que leur contenu relève bien du domaine réglementaire, j'estime, madame la rapporteure, que votre amendement est satisfait. Aussi, j'en demande le retrait.

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

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Si j'ai déposé cet amendement, madame la ministre, c'est parce que, à l'alinéa 7, il est mentionné que le parcours d'accompagnement préventif « peut être » organisé sous la forme d'un parcours coordonné renforcé. Je voulais simplement m'assurer que tel serait le cas... C'est peut-être un détail pour vous – et c'est du reste pourquoi j'indiquais qu'il s'agissait d'un amendement technique –, mais, pour nous, il est important d'apporter cette précision. En tout cas, cela ne change rien sur le fond : nous sommes évidemment favorables à cette mesure.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 642.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 821 rectifié, présenté par Mme Lermytte, M. Chasseing, Mme Bourcier, MM. Wattebled, V. Louault, Pellevat, Grand et Laménie, Mme L. Darcos, MM. Chevalier, A. Marc et Brault, Mmes Paoli-Gagin et Guidez, M. Henno, Mme Antoine et M. H. Leroy, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 7

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Des indicateurs de suivi, notamment le nombre d'assurés sociaux concernés et le taux d'évolution vers une affection relevant des 3° et 4° de l'article L. 160-14, sont définis par décret et communiqués annuellement au Parlement. »

La parole est à Mme Laure Darcos.

Mme Laure Darcos. Cet amendement de notre collègue Marie-Claude Lermytte tend à introduire un dispositif de suivi et d'évaluation systématique du parcours d'accompagnement préventif destiné aux assurés sociaux souffrant d'une pathologie à risque d'évolution vers une affection de longue durée et, surtout, à faire en sorte que des indicateurs de suivi des assurés sociaux bénéficiaires soient mis en place et communiqués au Parlement tous les ans.

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

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Ce n'est pas une demande de rapport, ma chère collègue, mais presque (*Sourires.*), puisqu'il s'agit d'une demande de suivi de certains indicateurs à communiquer au Parlement chaque année. Je perçois là une petite subtilité, qui dénote un brin de malice... La commission sera défavorable à cet amendement.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Je précise que le texte initial prévoit d'ores et déjà qu'un indicateur spécifique est mis en place par l'assurance maladie pour suivre le nombre de patients qui intégreront ces parcours. Nous devrions donc disposer de ces données.

Dans la mesure où, selon moi, cet amendement est satisfait, j'en demande le retrait ; à défaut, j'y serai défavorable.

Mme Laure Darcos. Je retire mon amendement !

M. le président. L'amendement n° 821 rectifié est retiré.

L'amendement n° 1500 rectifié *quater*, présenté par Mme Aeschlimann, M. Burgoa, Mme Muller-Bronn, M. Mizzon, Mmes Belrhiti, V. Boyer, Evren, Canayer et Bonfanti-Dossat, M. Séne, Mmes Romagny, Petrus et Billon, M. Panunzi, Mme Demas et MM. Piednoir, H. Leroy, Genet, Levi et Saury, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 7

Insérer trois alinéas ainsi rédigés :

« La liste des pathologies éligibles au parcours d'accompagnement préventif, établie après avis de la Haute Autorité de santé, est arrêtée après consultation des organismes complémentaires d'assurance maladie.

« L'organisation de la coordination entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires d'assurance maladie pour le financement et le suivi des parcours est définie par décret, pris après concertation avec leurs représentants.

« Les modalités de tarification des prestations comprises dans le parcours d'accompagnement préventif, incluant le prix de référence et les règles de prise en charge respectives des payeurs, sont fixées par arrêté, pris après avis de la Haute Autorité de santé et après consultation des organismes complémentaires d'assurance maladie. »

La parole est à Mme Laurence Muller-Bronn.

Mme Laurence Muller-Bronn. L'article 19 crée un parcours d'accompagnement préventif pour retarder l'entrée dans le dispositif des ALD des patients atteints de formes peu sévères de pathologies chroniques.

Une prévention réussie passe par la participation de l'ensemble des acteurs de santé publics et privés. Aussi, pour favoriser le succès de cette politique de prévention, cet amendement de notre collègue Marie-Do Aeschlimann a pour objet d'associer formellement les organismes complémentaires d'assurance maladie (Ocam) à la définition et à la mise en place de ce parcours.

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

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Je comprends parfaitement votre volonté, ma chère collègue, d'associer les organismes complémentaires d'assurance maladie à la politique de prévention, d'autant que ceux-ci s'impliquent déjà énormément dans ce type de démarche et qu'ils souhaiteraient pouvoir y prendre une part plus importante et être associés à la définition des actions à mener.

Toutefois, la consultation de ces organismes complémentaires ne me paraît pas opportune dans un tel cas de figure. Encore une fois, c'est l'avis scientifique et l'expertise de la Haute Autorité de santé qui prévaudront pour la définition de la liste des pathologies éligibles à ces parcours. Le Gouvernement pourra ensuite réfléchir, en lien avec les organismes complémentaires d'assurance maladie, aux conditions de mise en œuvre de cet accompagnement.

Par ailleurs, c'est un sujet que notre collègue Marie-Do Aeschlimann suit de près, dans le cadre de ses travaux sur la prévention en santé, notre commission lui ayant confié – ainsi qu'à Nadia Sollogoub et à Marion Canalès – un rapport sur ce thème. Je ne doute pas que ces travaux condui-

ront nos collègues à formuler un certain nombre de recommandations sur le rôle des organismes complémentaires d'assurance maladie.

Pour ces raisons, la commission demande le retrait de cet amendement ; à défaut, elle y sera défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Il est déjà prévu que l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (Unocam) soit consultée, mais pas sur la définition des pathologies éligibles, définition qui relève de la Haute Autorité de santé. Le Gouvernement demande également le retrait de l'amendement ; à défaut, il émettra un avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1500 rectifié *quater*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 279 rectifié *bis*, présenté par MM. Milon et Khalifé, Mme Deseyne, M. Sol, Mme Lassarade, M. Somon, Mme Micouleau, M. Burgoa et Mme Aeschlimann, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – L'article L. 6212-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La vente au détail et la dispensation de dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* à visée de santé publique et leurs accessoires destinés à être utilisés par le public peut être assurée par les laboratoires de biologie médicale. Un arrêté du ministre chargé de la santé détermine la liste de ces dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* à visée de santé publique ».

La parole est à M. Khalifé Khalifé.

M. Khalifé Khalifé. Le présent amendement vise à permettre la vente de certains dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* dans les laboratoires de biologie médicale. Cependant, il est vrai qu'aujourd'hui ces produits sont déjà vendus dans d'excellentes conditions dans les pharmacies. Aussi, en accord avec son premier signataire, notre collègue Alain Milon, et après mûre réflexion, je le retire.

M. le président. L'amendement n° 279 rectifié *bis* est retiré.

Je mets aux voix l'article 19, modifié.

(L'article 19 est adopté.)

Après l'article 19

M. le président. L'amendement n° 1269 rectifié, présenté par MM. Chassé et Rochette, Mme Lermytte, M. Grand, Mme Bourcier, M. V. Louault, Mme L. Darcos, MM. Médeville, Chevalier, A. Marc et Brault, Mme Paoli-Gagin, MM. Wattebled, Menonville et Khalifé, Mme Dumont, MM. H. Leroy et Bacci et Mme Guidez, est ainsi libellé :

Après l'article 19

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après le septième alinéa de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le classement en affection de longue durée ne relevant pas de la liste établie par décret après avis de la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37, ne

peut être effectué sans que le médecin traitant requiert préalablement l'avis d'un médecin spécialiste de la pathologie concernée. »

La parole est à M. Daniel Chasseing.

M. Daniel Chasseing. Le régime des ALD non exonérantes concerne principalement des patients souffrant de troubles musculosquelettiques (TMS) – 32 % du total – et des patients atteints de dépression légère – 33 % des situations. Aujourd'hui, leur diagnostic peut être établi par le médecin traitant et doit être confirmé par un médecin-conseil.

Leur coût pour l'assurance maladie est particulièrement élevé. Les patients atteints d'une ALD non exonérante sont ainsi responsables d'une part importante des dépenses d'indemnités journalières : les dépenses liées à des ALD non exonérantes représentent, selon la Cnam, le triple de celles qui sont liées à des ALD exonérantes, soit 3,17 milliards d'euros pour quelque 400 000 arrêts maladie.

Afin de mieux encadrer les arrêts de travail liés à ces pathologies, le présent amendement vise à ce que l'admission d'un patient en ALD non exonérante ne puisse intervenir qu'après l'avis d'un médecin spécialiste, par exemple un rhumatologue pour des TMS ou un psychiatre pour une dépression légère. Cette mesure est d'autant plus indispensable qu'aujourd'hui les patients atteints d'une ALD non exonérante bénéficient pendant trois ans des mêmes dérogations au droit des indemnités journalières que ceux qui sont atteints d'une ALD exonérante.

Il est nécessaire que les patients souffrant de ces pathologies fassent l'objet de mesures préventives et bénéficient d'une adaptation de leur poste, car un arrêt de travail de trois ans a pour effet une désinsertion professionnelle : ces situations peuvent en effet conduire le médecin du travail à déclarer que l'état de santé d'un salarié est incompatible avec le poste qu'il occupe, ce qui peut aboutir à son licenciement. Cela se passe comme ça dans la vraie vie... Il ne serait donc pas inutile que ces assurés puissent glisser vers le régime que l'article 19 va mettre en place, ce qui facilitera la mise en œuvre d'un parcours de prévention et réduira le risque de désinsertion professionnelle.

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

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Je partage la préoccupation de notre collègue de mieux encadrer les conditions de reconnaissance de certaines ALD hors liste, pour lesquelles les critères médicaux sont moins précis que pour les pathologies inscrites sur la liste des ALD 30 – tout cela est factuel.

Néanmoins, certaines ALD hors liste consistent en une conjonction de plusieurs affections entraînant un état pathologique. C'est le cas des ALD dites 32. Selon la loi, ces dernières correspondent au cumul de plusieurs affections, qui peuvent entraîner un état pathologique invalidant. Or il n'y a, par définition, pas de spécialiste de ces polyopathologies. Quel médecin conviendrait-il alors de consulter pour que l'ALD puisse être reconnue ? Votre amendement, mon cher collègue, pose une difficulté à cet égard.

Par ailleurs, la récente mission conjointe de l'Igas et de l'IGF a préconisé d'offrir au médecin spécialiste une plus grande faculté de déclaration d'une ALD, sans préjudice du rôle incomptant au médecin traitant. Elle n'a en revanche pas recommandé de systématiser une consultation préalable auprès du médecin spécialiste. À ce propos, le Gouvernement n'a pas, me semble-t-il, précisé les suites qu'il entendait réservier à ces travaux.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, mais sans nier l'utilité d'une réflexion sur les moyens à mettre en œuvre pour une reconnaissance mieux encadrée des ALD hors liste – je reconnaît qu'il y a là un vrai sujet –, je demande le retrait de cet amendement ; à défaut, j'y serai défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Je comprends bien, monsieur le sénateur, l'enjeu que vous soulevez à travers cet amendement, mais, au-delà même de la difficulté qu'a relevée Mme la rapporteure au sujet des critères d'admission dans le régime des ALD non exonérantes, vous allez, comme vous le savez, bientôt débattre et voter sur l'article 29, qui prévoit justement de supprimer ce régime.

Pour cette raison, je demande le retrait de votre amendement ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable.

M. le président. Monsieur Chasseing, l'amendement n° 1269 rectifié est-il maintenu ?

M. Daniel Chasseing. Non, je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 1269 rectifié est retiré.

Article 20

- ① I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ② 1° À la première phrase du c du 2° de l'article L. 1431-2, après le mot : « population, », sont insérés les mots : « elles organisent l'activité de vaccination, » ;
- ③ 2° Au neuvième alinéa de l'article L. 1432-2, les mots : « aux articles L. 1423-2 et L. 3111-11 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 1423-2 » ;
- ④ 3° Après l'article L. 3111-2, il est inséré un article L. 3111-2-1 ainsi rédigé :
- ⑤ « Art. L. 3111-2-1. – Sous réserve d'une recommandation préalable en ce sens de la Haute Autorité de santé, la vaccination contre la grippe est obligatoire, sauf contre-indication médicale reconnue, pour les personnes résidant dans l'un des établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles pendant la période épidémique.
- ⑥ « Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Haute Autorité de santé, définit les conditions de mise en œuvre de cette obligation. » ;
- ⑦ 4° L'article L. 3111-4 est ainsi modifié :
- ⑧ a) Le premier alinéa est ainsi modifié :
 - ⑨ – au début, est ajoutée la mention : « I. – » ;
 - ⑩ – après le mot : « prévention », il est inséré le signe : « , » ;
- ⑪ a bis) (nouveau) Au quatrième alinéa, les mots : « à l'alinéa premier » sont remplacés par les mots : « au premier alinéa du présent I » ;
- ⑫ b) Avant le dernier alinéa, sont insérés des II et III ainsi rédigés :
- ⑬ « II. – Sous réserve d'une recommandation préalable en ce sens de la Haute Autorité de santé, les professionnels de santé exerçant, à titre libéral, une profession figurant sur une liste établie par un décret en Conseil d'État pris après avis de la Haute Autorité de santé doivent être vaccinés contre la grippe, sauf contre-indication médicale reconnue. Ce décret détermine les profes-

sions concernées en fonction des risques de contamination auxquelles elles sont exposées ou qu'elles sont susceptibles d'induire pour les personnes dont elles ont la charge.

14 « III. – Les personnes exerçant une profession de santé mentionnée à la quatrième partie du présent code ou une profession mentionnée au livre IV du code de l'action sociale et des familles dont la liste est établie par un décret en Conseil d'État pris après avis de la Haute Autorité de santé doivent, sauf contre-indication médicale reconnue, être immunisées contre la rougeole.

15 « La même obligation s'applique, sous la même réserve, au personnel des établissements de santé et des établissements ou services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 du même code assurant l'accueil, la prise en charge ou l'accompagnement d'enfants ainsi qu'au personnel des établissements d'accueil des enfants de moins de six ans, au sens de l'article L. 2324-1 du présent code. Un décret en Conseil d'État, pris après avis de la Haute Autorité de santé, établit la liste des professions, des établissements et services et des activités soumis à cette obligation, compte tenu des risques particuliers encourus, en cas d'exposition à la rougeole, par les personnes immunodéprimées et les jeunes enfants.

16 « Tout élève ou étudiant d'un établissement préparant à l'exercice de professions figurant dans le décret en Conseil d'État mentionné aux premier ou deuxième alinéas du présent III doit être immunisé contre la rougeole.

17 « Lorsque la vaccination d'une personne à laquelle s'applique l'obligation d'immunisation est nécessaire, elle est réalisée, en l'absence de vaccin monovalent contre la rougeole, avec un vaccin trivalent associant rougeole, oreillons et rubéole. »;

18 *c)* Au début du dernier alinéa, est ajoutée la mention : « IV. – »;

19 5° L'article L. 3111-11 est ainsi rédigé :

20 « *Art. L. 3111-11. – I.* – Le directeur général de l'agence régionale de santé habilité, en fonction des besoins recensés au niveau régional, un ou plusieurs centres de vaccination qui procèdent gratuitement à des vaccinations. Les collectivités territoriales qui mettent en œuvre une telle activité de vaccination peuvent être habilitées à ce titre.

21 « II. – Les centres de vaccination participent à la mise en œuvre de la politique vaccinale. À ce titre, ils assurent :

22 « 1° Une activité de vaccination à titre gratuit, dans le respect du calendrier des vaccinations mentionné à l'article L. 3111-1 ;

23 « 2° Une activité de promotion de la vaccination, notamment par des actions d'information à destination de la population ;

24 « 3° Des activités de sensibilisation et de formation à la vaccination à destination des professionnels de santé et des professionnels des secteurs social et médico-social.

25 « Ils contribuent en outre à l'orientation des usagers dans le système de soins.

26 « Les centres de vaccination peuvent exercer leurs missions en dehors de leurs structures.

27 « III. – Les dépenses afférentes aux centres habilités en application du I du présent article sont prises en charge par le fonds mentionné à l'article L. 1435-8, sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural et de la pêche maritime relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale.

28 « IV. – Selon des modalités définies par décret, la Caisse nationale de l'assurance maladie peut négocier, pour le compte des établissements, organismes et collectivités territoriales habilités, les conditions d'acquisition des vaccins destinés à être administrés dans les centres de vaccination et qui sont inscrits sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale. »

29 II. – Le premier alinéa de l'article L. 174-16 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

30 1° La deuxième occurrence du mot : « et » est remplacée par le signe : « , » ;

31 2° Après la deuxième occurrence du mot : « code », sont insérés les mots : « et les dépenses des centres de vaccination gérés par les établissements, organismes et collectivités territoriales habilités sur le fondement du I de l'article L. 3111-11 dudit code ».

32 III. – Les 1^o, 2^o et 5^o du I et le II du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2027.

33 Toutefois, lorsque le terme d'une convention conclue, en application du deuxième alinéa de l'article L. 3111-11 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la présente loi, entre une collectivité territoriale et l'État pour l'exercice d'activités de vaccination est postérieur au 31 décembre 2025 et antérieur au 1^{er} janvier 2027, elle est prolongée jusqu'au 31 décembre 2026. Si la collectivité souhaite poursuivre des activités de vaccination en application du I de l'article L. 3111-11 du même code dans sa rédaction résultant de la présente loi, elle adresse au directeur général de l'agence régionale de santé une demande d'habilitation au plus tard le 30 juin 2026. Le silence gardé par le directeur général de l'agence régionale de santé sur la demande d'habilitation vaut acceptation à l'expiration d'un délai de quatre mois à compter de la réception du dossier complet de la demande. À l'inverse, les conventions dont le terme est postérieur au 31 décembre 2026 deviennent caduques à compter de cette date.

34 IV. – Le III de l'article 38 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il s'applique aux enfants nés à compter du 1^{er} janvier 2023. »

M. le président. La parole est à Mme Laurence Muller-Bronn, sur l'article.

Mme Laurence Muller-Bronn. L'article 20 prévoit d'instaurer une obligation vaccinale contre la grippe pour les soignants, ainsi que pour les résidents d'Ehpad. Cet article, bien qu'il ait été supprimé par les députés, figure dans le texte que le Gouvernement a transmis au Sénat,

contrairement à l'engagement qui avait été pris par l'exécutif de ne conserver dans le texte soumis à notre assemblée que les amendements votés par l'Assemblée nationale.

Nous sommes tous très attachés à notre système de santé. Pourtant, depuis quelque temps, et pour diverses raisons, celui-ci est en péril. Nous le voyons bien au travers des débats que nous avons sur ce texte ces derniers jours.

Or on évoque le retour de l'obligation vaccinale pour les soignants. Alors qu'il faudrait apaiser les tensions et renforcer l'attractivité de ces métiers difficiles, le Gouvernement ravive les conflits en rétablissant cette obligation, au mépris des principes éthiques, et sous prétexte de protéger autrui. L'obligation passe outre la liberté de prescription du médecin et est synonyme de défiance.

Derrière une telle mesure se profile quelque chose d'encore plus grave : les soignants ne supportent plus d'être infantilisés. Il s'agit de professionnels qui, pour 80 % d'entre eux, refusent, en responsabilité, cette obligation de vaccination contre la grippe, une vaccination qui n'est d'ailleurs pas recommandée par la HAS, « compte tenu de l'efficacité imparfaite de la vaccination antigrippale » et « de l'insuffisance des données disponibles à ce jour ». En outre, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) ne conseille pas non plus cette obligation vaccinale contre la grippe.

Alors, pourquoi l'inscrire dans la loi ? Nous sommes tous d'accord : notre système de santé est en danger. Mais est-il en danger de grippe ou en danger d'implosion ? Il est de notre devoir de ne pas donner le coup de grâce à ce système. Nous pourrions en être tenus pour responsables.

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

M. Daniel Chasseing. Il importe de rendre plus efficace la politique vaccinale et de renforcer les obligations vaccinales, notamment des professionnels, contre la grippe ou la rougeole.

Je tiens d'abord à rappeler que la grippe est responsable de 20 000 hospitalisations et de 10 000 décès chaque année.

Mme Brigitte Bourguignon. Exactement !

M. Daniel Chasseing. Par ailleurs, on note une résurgence de la rougeole liée à une dégradation de la couverture vaccinale. Aussi, je suis favorable non pas à une obligation, mais à une forte incitation vaccinale pour les professionnels et étudiants en santé travaillant dans les secteurs de l'enfance et du médico-social.

Permettez-moi ensuite de rappeler qu'avant la mise au point des vaccins, notamment du DTCOq-Polio (diphthérite, tétanos, coqueluche et poliomélyète), ces maladies entraînaient plusieurs milliers de décès d'enfants par an. L'État a décidé de les rendre obligatoires. Il faut poursuivre cette politique vaccinale : je pense notamment au DTCOq-Polio – déjà cité –, au vaccin contre l'hépatite B, mais aussi à la vaccination contre l'*haemophilus influenzae* de type b, les pneumocoques, les méningocoques, ainsi que le vaccin dit ROR contre la rubéole, les oreillons et la rougeole.

Bien sûr, comme Mme la rapporteure, je pense que l'obligation vaccinale est complexe à mettre en place, mais il faut tenter de persuader les professionnels de se faire vacciner contre la grippe, d'une part, parce qu'ils risquent de contaminer leurs patients, et contre la rougeole, les méningocoques et le papillomavirus, d'autre part, s'ils sont au contact

d'enfants. Il convient également d'inciter tous les employés et résidents des Ehpad à se faire vacciner, même si, là encore, ce n'est guère aisément.

Le pilotage des centres de vaccination sera assuré par les agences régionales de santé (ARS) ou, éventuellement, par les collectivités locales qui le souhaitent. En tout cas, je souligne que les professionnels de santé sont tout à fait aptes à prescrire et à administrer les vaccinations, dans le cadre de notre politique de prévention. (*Mme Élisabeth Doinneau applaudit.*)

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

Mme Émilienne Poumirol. J'aborderai dans le sens de Daniel Chasseing : nous avons connu l'apogée du mouvement antivax au moment de la crise covid et nous savons les dégâts qu'il a causés.

Nous n'allons pas rouvrir le débat sur la vaccination, mais l'obligation vaccinale contre la grippe pour les soignants, que prévoit cet article, me paraît une telle évidence que je me demande bien pourquoi nous nous posons la question. Dans les Ehpad, 83 % des résidents sont vaccinés ; aussi, il me semble normal qu'un médecin ne vienne pas contaminer les malades.

À mes yeux, l'amendement de suppression de l'article qu'a déposé Mme Muller-Bronn et que nous allons examiner dans quelques instants est déplacé. Comme vient de le rappeler Daniel Chasseing, s'il n'y a plus de décès dus à la diphthérite, au tétanos ou à la coqueluche, et si la polio a disparu de notre pays, c'est quand même bien grâce aux vaccins ! (*Applaudissements sur les travées des groupes SER, CRCE-K, GEST, RDPI, RDSE, INDEP et UC, ainsi que sur des travées du groupe Les Républicains.*)

Je suis donc absolument opposée à la suppression de l'article, ainsi que le demande Mme Muller-Bronn.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Rossignol, sur l'article.

Mme Laurence Rossignol. Cet article 20 va nous conduire à traiter deux sujets : la vaccination des soignants, et celle des résidents.

Je veux rappeler à Mme Muller-Bronn que les soignants sont déjà soumis à des obligations vaccinales ! Ils sont supposés être vaccinés contre le tétanos, la diphthérite, la poliomélyète et l'hépatite B. Ces vaccins protègent les soignants contre le risque d'attraper l'une de ces maladies dans l'exercice de leur profession.

Aujourd'hui, nous débattons de la nécessité de faire vacciner les soignants travaillant dans un Ehpad pour protéger les résidents. Ce n'est pas tout à fait la même logique. Connaissant la fragilité du public concerné et le risque auquel il s'expose, comment peut-on hésiter ? Je n'ai pas en tête les derniers chiffres, mais la grippe causait il y a quelques années 8 000 à 10 000 morts par an, dont l'immense majorité étaient des personnes âgées ou vulnérables.

Comment peut-on hésiter à protéger les résidents d'Ehpad contre le risque que des personnels d'encadrement ou des soignants introduisent le virus de la grippe dans l'établissement ? Comment peut-on se résigner à exposer les résidents à une maladie certes banale, mais potentiellement mortelle ? Cela ne me paraît ni sérieux ni généreux.

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

Mme Anne Souyris. J'abonderai dans le sens de mes collègues. Il faut impérativement distinguer la question de la vaccination des soignants et celle de la vaccination des résidents, même si, dans les deux cas, il s'agit de protéger les personnes d'un risque.

Il est légitime de s'interroger sur le choix de se faire ou non vacciner, mais un soignant qui ne veut pas se faire vacciner a le choix de ne pas travailler dans un établissement, alors qu'un résident n'a pas le choix. Un résident qui n'est pas protégé par le vaccin est donc en quelque sorte pris en otage.

Il est donc essentiel de distinguer les deux types d'obligation, car il faut protéger les résidents.

M. le président. La parole est à Mme Frédérique Puissat, sur l'article.

Mme Frédérique Puissat. Je n'interviendrai pas sur le fond de cet article, mais la discussion que nous avons eue est importante et intéressante.

Cet article prévoit une activité de promotion de la vaccination. C'est donc bien qu'il existe une question autour de l'acceptabilité de la vaccination, et nous devons en discuter de façon sereine.

Personnellement, je voterai cet article, qui ne me pose aucun problème. Simplement, il me semble important que nous évitions toute caricature. J'entends des applaudissements dans un sens ou dans l'autre, mais nous devons rester extrêmement prudents.

Le débat doit avoir lieu. Je le répète, si cet article prévoit une activité de promotion de la vaccination, c'est qu'elle ne va pas de soi. Depuis la crise covid, nous savons bien qu'il faut discuter à la fois avec les patients, mais aussi, dans une période de tension dans les recrutements, avec les personnels.

Voter cet article ne me pose aucune difficulté, mais j'appelle à un débat serein.

M. le président. L'amendement n° 173 rectifié, présenté par Mmes Muller-Bronn et Noël, M. Houpert, Mme Goy-Chavent, M. Joyandet, Mme Bonfanti-Dossat, MM. Naturel, Pointereau et Panunzi, Mmes P. Martin et Aeschlimann et M. H. Leroy, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Laurence Muller-Bronn.

Mme Laurence Muller-Bronn. Cet article prévoit une obligation de vaccination antigrippale – je précise que je ne remets pas en question les autres types de vaccination – pour les professionnels de santé libéraux.

Or chacun sait que nous avons mis fin à l'obligation vaccinale des personnels de santé des secteurs médico-social et hospitalier en 2006, parce qu'elle n'était pas efficace. Ainsi, il n'existe plus d'obligation vaccinale pour ces soignants, mais nous pourrions la réintroduire par décret.

Dans cet article, il est question d'une obligation vaccinale pour les professionnels libéraux. Dans le cas où le décret que j'ai mentionné serait réactivé, la vaccination deviendrait un critère d'embauche dans les établissements, mais comment allez-vous contrôler les libéraux ? Comment les obligerez-vous à se faire vacciner ? Je me pose la question !

Je pense aux médecins qui entrent dans des hôpitaux ou des Ehpad, mais aussi aux généralistes et à tous les spécialistes. Qui va aller vérifier qu'ils sont vaccinés ? Je suis désolée, mais nous parlons de vaccination depuis cinq ans et cette question continue de se poser !

Il s'agit d'un coup de force contre la HAS, qui est contre l'obligation vaccinale. (*Mme Laurence Rossignol et M. Bernard Jomier le contestent.*) Elle donne un avis défavorable depuis vingt ans, mais nous nous apprêtons à passer outre, alors qu'il n'y a pas d'urgence.

Nous avons reçu de nombreux courriers de directeurs d'établissement qui s'inquiètent de cette obligation, parce qu'ils savent qu'ils vont perdre du personnel.

En ce qui concerne les 17 000 décès que nous annonçons la propagande dans les médias, ... (*Protestations sur les travées des groupes SER, GEST et UC.*)

M. le président. Votre temps de parole est écoulé, chère collègue.

Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Mes chers collègues, je m'associe aux propos de Frédérique Puissat en faveur d'un débat le plus apaisé possible.

Peu d'articles concernent la prévention dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, mais l'article 20 en fait partie. À titre personnel, je le salue.

Tout d'abord, et notre collègue a rappelé les chiffres, je rappelle que la dernière épidémie de grippe a été particulièrement virulente : les autorités sanitaires ont dressé un bilan de 30 000 hospitalisations et une surmortalité de 17 000 décès.

Dans un contexte où la vaccination des professionnels de santé en établissement stagne aux alentours de 20 %, il est légitime de s'interroger sur la réactivation de certaines obligations vaccinales, et sur la création de nouvelles.

Comme cela a été dit, il convient de distinguer les différentes mesures prévues à l'article 20. J'aurai l'occasion d'y revenir.

En, tout état de cause, les nouvelles obligations vaccinales pour les professionnels de santé libéraux ne seront instaurées que sous réserve d'un avis favorable de la part de la Haute Autorité de santé, qui doit se prononcer au printemps prochain. Cette mesure est donc inscrite dans ce texte par anticipation, puisque nous n'examinerons pas d'autre texte de nature sociale d'ici là.

Disons-le, cet article emporte une large adhésion des acteurs de la santé et des professionnels eux-mêmes.

Je rappelle que l'article prévoit une obligation de vaccination contre la grippe, mais aussi contre la rougeole, pour les professionnels exerçant dans le secteur de la petite enfance. En effet, nous connaissons une recrudescence des épidémies de rougeole, qui n'est pas nouvelle.

Lorsque Agnès Buzyn était ministre de la santé, cette maladie avait causé de nombreux décès, dont nous nous étions tous émus. C'est ce qui a conduit la HAS à se prononcer, en 2023, en faveur d'une obligation de vaccination contre la rougeole pour ces professionnels.

Il faut aborder le sujet de façon pragmatique, mesurée et sans idéologie, mais en analysant ce que la vaccination peut nous apporter collectivement : une meilleure protection de la santé des plus fragiles, moins de morts, des coûts d'hospitalisation moins élevés et moins de complications inutiles.

La commission émet donc un avis défavorable sur cet amendement de suppression.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Il a beaucoup été question de mesures de prévention : en voilà une ! Comme vient de le rappeler la rapporteure, la surmortalité liée à la grippe concerne l'année dernière 17 000 décès. C'est plus que le nombre de morts liées à la canicule en 2003. Lorsqu'elles surviennent, les épidémies de grippe embolisent tous nos services d'urgence.

Nous proposons une véritable mesure de prévention, pour les personnes vaccinées elles-mêmes, pour leurs familles, mais aussi pour notre organisation de santé.

Madame Puissat, je suis d'accord avec vous : l'acceptabilité est un vrai sujet, alimenté par l'envahissement de *fake news* et de publications concernant la vaccination sur les réseaux sociaux. Il suffit que je prononce les mots « vaccin contre la grippe » pour créer un pic d'activité sur les réseaux sociaux.

À l'instant même où je prononce ces mots, je sais que mes mentions sur les réseaux sociaux sont en train de gonfler de façon hallucinante. Du reste, il serait parfois intéressant de découvrir qui se cache derrière ces publications.

Pour autant, cela ne doit pas occulter les inquiétudes qui existent dans la population quant à la vaccination. Nombre de nos concitoyens sont désormais inquiets à l'idée de se faire vacciner. Il faut en tenir compte.

Alors qu'il est temps, je le rappelle, pour les personnes de plus de 65 ans ou les personnes fragiles...

M. Bernard Jomier. Il n'y en a pas ici ! (*Sourires.*)

Mme Stéphanie Rist, ministre. ... de se faire vacciner contre la grippe ou la covid, il convient de rassurer celles qui sont inquiètes. Je leur dis : « Allez en discuter avec votre médecin ou votre professionnel de santé. » En effet, les médecins peuvent non seulement rassurer leurs patients, mais aussi leur expliquer les raisons scientifiques pour lesquelles il est préférable de se faire vacciner, et leur indiquer les risques qu'ils courrent s'ils ne se font pas vacciner en fonction de leur état de santé.

Il convient donc de renforcer les échanges sur le sujet et de lutter contre les *fake news*. Nous nous y engageons, parce que nous devons redonner confiance dans la science. Or nous nous éloignons malheureusement chaque année de cet objectif.

Par ailleurs, je tiens à dire ici qu'il existe déjà une obligation vaccinale des soignants contre quatre maladies : l'hépatite B, la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite. Cette obligation ne souffre aucune ambiguïté pour les soignants : ils se font vacciner ; c'est entré dans les mœurs. Pourtant, je suis sûre que certains d'entre vous se souviennent que l'instauration de l'obligation de vaccination contre l'hépatite B avait suscité des débats.

Malgré tout, nous nous rendons compte que seuls 21 % des soignants sont vaccinés contre la grippe. Lorsque nous regardons ce chiffre de plus près, nous constatons que les

médecins sont davantage vaccinés que les autres professionnels de santé. Cela peut alimenter notre débat : pourquoi les médecins sont-ils plus vaccinés que les aides-soignants ?

Il faut se pencher sur cette question. De nombreuses expériences montrent d'ailleurs que, lorsque les médecins-chefs de service organisent des réunions d'information avec les infirmiers et aides-soignants pour échanger et les inciter à se faire vacciner, une grande partie de l'équipe se fait vacciner.

Nous avons un gros travail d'explication scientifique à mener pour rassurer sur la vaccination. Nous ne pouvons pas nous contenter de ce chiffre de 21 %, qui est vraiment très bas.

Dans cet article, nous nous référons à la Haute Autorité de santé. Si et seulement si elle donne un avis favorable à la vaccination obligatoire des soignants, nous pourrons l'appliquer lors de la prochaine période grippale. C'est pour éviter de repousser la mesure à l'année suivante que nous inscrivons cette mesure dans la loi dès cette année.

La Haute Autorité de santé a rendu son avis sur le vaccin ROR. Elle a recommandé de le rendre obligatoire, notamment parce que 83 % des cas de rougeole sont liés à une infection nosocomiale, c'est-à-dire que le virus a été transmis dans un milieu de soins. Il existe donc une raison tangible de demander aux soignants de se faire vacciner.

En ce qui concerne l'obligation vaccinale des personnes âgées, le débat n'est pas le même, ne serait-ce que parce que 83 % des résidents d'Ehpad sont vaccinés contre la grippe. Il est possible de considérer que ce taux est suffisant.

Certains d'entre vous ont relevé que cet article ne prévoyait aucune sanction contre les résidents qui ne seraient pas vaccinés. C'est très important, et je serai défavorable à l'amendement visant à définir de telles sanctions, car une partie des non-vaccinés ont des contre-indications – il n'est évidemment pas question de leur imposer le vaccin –, et d'autres ont simplement raté le coche, par manque d'information.

En ce qui concerne ceux qui ont peur de se faire vacciner, il est préférable de prendre des mesures pour les rassurer. Les sanctions seront déterminées avec les conseils de famille et les établissements. Il faut laisser cette discussion avoir lieu au cas par cas.

Je dois reconnaître que la suppression de cet article à l'Assemblée nationale m'a grandement attristée, comme d'autres avec moi, car elle témoigne d'un éloignement de la science. Beaucoup de travail nous attend.

Mme Laurence Rossignol. Très bien !

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

M. Daniel Chasseing. Les médecins sont des gens responsables : s'ils sont obligés de se faire vacciner, la très grande majorité d'entre eux le font. Comme vous l'avez dit, madame la ministre, dans les Ehpad, 83 % des personnes sont vaccinées et cela ne pose aucun problème. Au contraire, cela limite considérablement le nombre de décès.

À titre personnel, je suis favorable à obliger les personnels à se faire vacciner. Dans certains cas, il est vrai que cela peut poser problème, mais les médecins coordonnateurs et les médecins traitants doivent expliquer le bénéfice des vaccins, notamment du vaccin antigrippal, aux personnels

des Ehpad, des établissements médico-sociaux et du secteur de la petite enfance, notamment pour ce qui concerne la rougeole.

M. le président. Je vais céder la parole à M. Lévrier, puis à M. Jomier, à Mme Guillotin, à Mme Souyris, à M. Henno et à M. Rapin. D'autres docteurs souhaitent-ils s'exprimer ou nous avons fait le tour ? (*Rires.*)

Mme Sophie Primas. Et les vétérinaires ? (*Sourires.*)

M. le président. La parole est à M. Martin Lévrier, pour explication de vote.

M. Martin Lévrier. Je ne suis pas médecin, monsieur le président. (*Mêmes mouvements.*)

Madame la rapporteure, je vous remercie d'avoir cité Agnès Buzyn. J'ai été élu en 2017 et la première fois que ma boîte mail a explosé, c'est précisément lorsqu'elle a rendu obligatoire onze vaccins, ce dont je la remercie. Il circulait déjà en France une vague inquiétude autour des vaccins, une rumeur battant en brèche les données scientifiques.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Exactement !

M. Martin Lévrier. Et je ne parle pas de la pandémie de covid, qui a fortement relancé la machine, ni de l'envolée des réseaux sociaux.

Ce qui m'inquiète le plus, dans une perspective de prévention, c'est que, dans les déserts médicaux – dont nous avons quelque peu oublié de parler –, de plus en plus de gens s'informent sur les réseaux sociaux pour se soigner et lisent que les vaccins sont une horreur. Ainsi, ils ne se font plus vacciner.

Nous sommes en train de laisser gagner les gourous face aux scientifiques, qui passent leur temps à expliquer que les vaccins, en particulier le vaccin antigrippal, sont efficaces.

Nous avons parlé de l'épidémie meurtrière de rougeole, mais je tiens à rappeler que nous avons également connu une résurgence de grippe en 2018. Une jeune fille de 16 ans, qui ne pouvait pas se faire vacciner, car elle était immunodéprimée, avait été contaminée par une jeune personne qui n'avait pas voulu se faire vacciner. Cette jeune femme est morte.

Je suis désolé, mais il faut regarder les choses en face : les personnels de santé doivent prendre la mesure de l'obligation morale de prévention qui leur incombe et se fassent vacciner.

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

M. Bernard Jomier. Je n'entrerai pas dans le détail du débat, mais je tiens à souligner le fait qu'il intervient dans un contexte inquiétant de désinformation en santé à l'échelle mondiale. Le ministre de la santé du président américain répand de fausses informations. Celles-ci étant contredites par les institutions de santé du pays, il les décapite ! Cela simplifie les choses : le politique dit ce qu'est la science.

Je veux saluer le prédécesseur de Mme Rist, qui a confié une mission sur la désinformation en santé à trois personnalités. J'espère qu'elles rendront rapidement leurs conclusions pour que nous les mettions rapidement en application, car je suis sûr qu'elles seront de qualité.

Madame Muller-Bronn, vous avez utilisé le terme de « propagande » à propos des morts de la grippe. Ce n'est pas de la propagande ! Ce sont des faits avérés, comme l'a d'ailleurs rappelé la rapporteure.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Bien sûr !

M. Bernard Jomier. En utilisant un tel mot, vous nourrissez la désinformation !

Par ailleurs, les obligations vaccinales doivent respecter un équilibre entre les libertés individuelles et l'intérêt collectif. Cet équilibre n'est pas le même selon les vaccins : certaines maladies se transmettent entre les humains, d'autres non. La vaccination a pour objet de se protéger soi-même, mais également de protéger la collectivité.

Il ne s'agit pas d'une protection à 100 %. Oui, il y a du doute. Mais, comme le disait Aristote : « Le doute est le commencement de la sagesse. » Débattons avec sagesse, et ne tranchons pas ce débat par la caricature et la posture !

M. le président. La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour explication de vote.

Mme Véronique Guillotin. Je voterai contre cet amendement.

Premièrement, du point de vue de la science, on ne peut pas dire que le vaccin contre la grippe n'est pas utile ou qu'il n'est pas efficace. Ce vaccin est utile et efficace, c'est un excellent moyen de prévention.

Deuxièmement, le débat entre obligation et sensibilisation doit pouvoir se tenir. Pour autant, nous voyons bien que l'obligation relative aux onze vaccins ne pose plus de problème depuis qu'elle est en vigueur. Et nous voyons bien que la sensibilisation a des limites.

Il n'est pas acceptable que seulement 20 % des soignants des Ehpad soient vaccinés. On ne peut pas demander à des résidents de se faire vacciner si les personnes qui les soignent ne le font pas. Cela crée des doutes dans leur esprit.

Je ne serai pas plus longue, car j'interviendrai de nouveau au cours de l'examen de cet article, mais je m'oppose fermement à cet amendement.

M. le président. La parole est à Mme Anne Souyris, pour explication de vote.

Mme Anne Souyris. Pour clarifier mon propos précédent, je pense que les soignants doivent être soumis à une obligation vaccinale.

En effet, 20 % de soignants vaccinés, ce n'est pas suffisant. Cela n'empêche pas la transmission du virus. Les soignants deviennent des vecteurs d'infection auprès des personnes les plus fragiles. C'est complètement irresponsable ! Nous devons être très fermes sur ce point.

En revanche, quand 90 % des résidents sont vaccinés, nous empêchons la propagation du virus.

Par ailleurs, je suis très inquiète de l'idée d'instaurer des sanctions. Si nous laissons chaque établissement fixer des sanctions, il pourrait par exemple s'agir d'enfermer les résidents dans leur chambre, ce qui aurait des conséquences très graves. Attention aux sanctions : il vaut mieux mettre l'accent sur l'information.

Enfin, la lutte contre les *fake news* est essentielle sur la question des vaccins. Nous en lisons à tire-larigot, et Donald Trump s'en est fait le chantre. C'est extrêmement grave ! Commençons par apprendre à nos jeunes à vérifier les informations dès l'école primaire.

Nous parlons en permanence de prévention : commençons par l'école. Ce serait déjà une étape essentielle dans la lutte contre la désinformation.

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

M. Olivier Henno. Tout d'abord, je ne suis docteur en rien. Si j'avais su, j'aurais mieux travaillé à l'école! (*Sourires.*)

Il n'y a pas de sujet tabou au Parlement. Mon groupe votera contre cet amendement, car nous avons la conviction que nos choix doivent être le plus rationnels possible et se fonder sur la science.

À titre personnel, j'ai perdu il y a quatre ans une amie. La grippe l'a emportée alors qu'elle était en pleine forme. Lorsque j'en parle aujourd'hui avec ses enfants, ils regrettent qu'elle n'ait pas été vaccinée. C'est une réalité.

La remise en cause de la science et des postulats scientifiques est une curiosité de notre époque. J'ai du mal à accepter l'idée que Louis Pasteur et Marie Curie puissent être considérés comme des charlatans. (*Applaudissements sur les travées du groupe UC.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-François Rapin, pour explication de vote.

M. Jean-François Rapin. Dans la mesure où nous examinons un texte budgétaire, nous devons parler de finances. Au-delà du débat sur la vaccination en tant que telle, je voudrais partager avec vous un chiffre que je viens de faire expertiser.

L'année dernière, 1 774 personnes ont été hospitalisées en réanimation à cause de la grippe. Le coût d'une journée dans un service de réanimation est estimé par la Cour des comptes à environ 2 500 euros, et la durée moyenne des hospitalisations y est de huit à dix jours.

Sur ces 1 774 personnes, 80 % n'étaient pas vaccinées contre la grippe. Sachant que le coût du vaccin et du geste vaccinal s'élève à 20 euros, nous nous devons d'avoir en tête cette considération budgétaire. Et c'est un médecin qui le dit!

M. le président. La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly, pour explication de vote.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Cela a déjà été dit, mais je pense que les médecins et les soignants sont, de manière générale, responsables. Beaucoup d'entre eux sont déjà vaccinés, et 80 % des résidents en établissement d'hébergement le sont.

Je le dis, je suis favorable à l'obligation vaccinale. C'est important.

Cela dit, je pense qu'il nous faut faire beaucoup plus de prévention, qu'il faut discuter avec les familles, mais aussi les soignants. Il faut également permettre à chacun de se faire vacciner, ce qui n'est pas toujours le cas, notamment dans les déserts médicaux.

Nous devons faciliter la vaccination et la faire connaître. Par exemple, tout le monde n'est pas au courant que l'on peut se faire vacciner contre la grippe en pharmacie. De fait, des gens me disent qu'ils ne peuvent pas se faire vacciner, car ils n'arrivent pas à prendre rendez-vous chez le médecin.

Il faut faire beaucoup de prévention et beaucoup informer pour que chacun puisse se faire vacciner.

Mon groupe et moi sommes évidemment contre cet amendement.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Rossignol, pour explication de vote.

Mme Laurence Rossignol. Madame Puissat, vous avez dit très justement que l'acceptabilité est un sujet important.

Je préciserai simplement que cette question est inhérente à la vaccination, depuis l'invention du premier vaccin. Il existe, en miroir de l'histoire vaccinale, une histoire des mouvements antivaccinaux.

Cela commence par la variole. Lorsque la Grande-Bretagne, au milieu du XIX^e siècle, instaure la première obligation vaccinale, un fort mouvement d'opposition se construit.

L'origine des mouvements antivaccinaux est à la fois religieuse et ésotérique-naturaliste. Lorsque je dis qu'elle est religieuse, je ne vise pas de culte en particulier. Par exemple, la catastrophique épidémie de rougeole à Brooklyn en 2009 était due à une résistance religieuse à la vaccination.

Nous qui représentons, qui incarnons, par nature, l'intérêt général, nous devons nous demander comment traiter cette question de l'acceptabilité. Nous devons nous poser la question suivante : n'alimentons-nous pas le doute ? Parce qu'il y va de l'intérêt général, le Parlement devrait se prononcer unanimement en faveur de la vaccination, car ce qui s'y dit envoie un message à la population.

Je voterai donc contre l'amendement n° 173 rectifié.

M. le président. La parole est à Mme Silvana Silvani, pour explication de vote.

Mme Silvana Silvani. Moi non plus, je ne suis pas médecin. Pour autant, je me considère comme légitime à la fois pour siéger à la commission des affaires sociales et pour m'exprimer dans ce débat. Médecin ou non, je suis élue parlementaire.

Je ne m'exprimerai pas sur le débat sur la vaccination en tant que tel. Ce qui m'inquiète, c'est la façon dont nous l'abordons. J'invite chacun de mes collègues à la plus grande vigilance afin de ne pas alimenter la défiance à l'encontre des connaissances scientifiques, qui croît, qu'on le veuille ou non.

Ces mouvements de défiance sont extrêmement graves.

Nous avons connu des débats comparables lors de la crise covid. S'ils ont pris une telle ampleur, ce n'est pas parce que la science était défaillante, mais parce que cette crise a été extrêmement mal gérée, en tout cas dans ses débuts. Un certain nombre d'interrogations ont alors émergé.

De même, le président américain entreprend de régner par l'obscurantisme, décrétant ce qui est vrai et ce qui est faux, faisant taire toutes les oppositions... Il n'est plus nécessaire de se tourner vers la littérature pour voir les conséquences d'une telle politique.

Mes chers collègues, en tant que législateur, veillons à ne remettre en cause des données scientifiques : nous avons suffisamment de sujets à traiter. Il ne s'agit pas de défendre la science à tout prix, ce qui, somme toute, reviendrait au même. Simplement, gardons-nous de susciter par nos échanges...

M. le président. Il faut conclure, ma chère collègue.

Mme Silvana Silvani. ... des suspicions exagérées ou de reprendre à notre compte des dogmes de mauvais aloi.

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

M. Alain Milon, vice-président de la commission des affaires sociales. Mes chers collègues, permettez-moi de citer brièvement un travail mené au nom de la commission des affaires sociales à l'époque où j'en étais le président.

En février 2013, notre ancien collègue Georges Labazée, sénateur socialiste des Pyrénées-Atlantiques, m'avait remis un rapport extrêmement éclairant sur la vaccination. À l'origine, il était résolument opposé à l'obligation vaccinale. Il a changé d'avis au cours de ce travail, notamment après que je lui ai confié une histoire personnelle – que je vais relater devant vous, à l'imitation de Mme Guidez.

À la même époque, j'avais adopté une petite fille nigérienne, gravement handicapée, qui vivait dans la banlieue de Niamey. Elle se prénommait Mariama. Dès qu'elle est arrivée en France, j'ai pris soin de la faire vacciner, notamment contre la rougeole.

Les enfants qui vivaient avec elle dans la banlieue de Niamey, et qui étaient, en apparence, en bonne santé, sont tous morts de la rougeole dans l'année. Pourquoi ? Parce qu'ils n'étaient pas vaccinés. Mariama, elle, est morte en février dernier : si elle était restée là-bas, elle aurait vécu vingt ans de moins, faute de vaccin.

Au terme de ses travaux, Georges Labazée, dont je vous invite à relire le rapport, a conclu à la nécessité de l'obligation vaccinale.

Le personnel des hôpitaux et des Ehpad est en contact permanent avec des personnes fragiles (*Mme Cathy Apourceau-Poly acquiesce.*), qu'elles soient âgées ou malades. Ce personnel ne doit pas transmettre la maladie. Dès lors, il faut qu'il soit vacciné. (*Applaudissements.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 173 rectifié.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. L'amendement n° 326, présenté par MM. Szczerk, Durox et Hochart, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Supprimer cet alinéa.

La parole est à M. Joshua Hochart.

M. Joshua Hochart. Vous connaissez notre désamour pour les agences de l'État dans leur ensemble et notamment pour les agences régionales de santé.

Depuis des années, le champ d'action des ARS ne cesse de s'étendre. Ces instances, totalement déconnectées du terrain, ne font que complexifier la gouvernance de notre système de santé. Nous proposons donc de supprimer l'alinéa 2 de cet article : en attendant la suppression des ARS, évitons au moins d'élargir leurs compétences.

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

Mme Corinne Imbert, rapporteure. L'article 20 confie aux agences régionales de santé le pilotage de la politique territoriale de vaccination, compétence que ces structures exercent aujourd'hui de concert avec l'État.

En attribuant l'intégralité de ce pilotage aux ARS, l'on renforcera l'unité et la cohérence territoriale de l'action menée en matière de vaccination.

Il me semble nécessaire de s'arrêter un tant soit peu sur la révision des conditions de financement des centres de vaccination des collectivités territoriales. C'est à ce titre, en effet, que surgissent des inquiétudes et des interrogations : les

modifications apportées par le présent texte n'ont à ma connaissance pas été discutées jusqu'à présent, ou ne l'ont été que peu.

J'aimerais que le Gouvernement puisse nous éclairer sur cette question, qui concerne nombre de collectivités territoriales. En revanche, l'attribution de cette compétence globale aux ARS me semble avoir du sens. J'émetts donc un avis défavorable sur cet amendement.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Pour ma part, je crois à la coordination des ARS et des collectivités territoriales.

Nous avons tous pu constater, pendant la crise covid, l'implication des collectivités territoriales dans la création des centres de vaccination. Personne ne conteste leur rôle en la matière.

Parallèlement, les ARS assurent un pilotage, à l'échelle régionale, avec les professionnels libéraux et les établissements de santé. Il s'agit d'une de leurs missions.

Je suis sûre que, dans les semaines qui viennent, nous aurons l'occasion de débattre plus longuement de la place des agences régionales de santé. Je le répète, je soutiens les ARS, mais soutenir ne signifie pas refuser toute évolution.

Au sujet de ces agences, beaucoup d'élus se posent des questions légitimes, que ce soit au Parlement, dans les départements ou dans les communes. Nous devons leur donner des réponses. Nous devons introduire un certain nombre de changements, pour suivre au plus près l'évolution des maladies et de notre société en général.

Cela étant – j'en suis convaincue –, les ARS garderont un rôle tout à fait essentiel. En effet, nous avons besoin d'une liaison directe entre le ministère et les territoires sur les différents sujets sanitaires, qui plus est en cas de crise, qui relèvent du régional.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 326.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

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

Les deux premiers sont identiques.

L'amendement n° 643 est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 865 rectifié bis est présenté par Mme Guillotin, MM. Bilhac et Cabanel, Mmes M. Carrère et N. Delattre, MM. Fialaire, Gold et Guiol, Mme Jouve, M. Masset, Mme Pantel, M. Roux et Mme Girardin.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

I. – Alinéas 4 à 6

Supprimer ces alinéas.

II. – Après l'alinéa 28

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

– Le quatrième alinéa de l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il mentionne également la promotion de la vaccination auprès des résidents, en tenant compte des recommandations vaccinales en vigueur. »

La parole est à Mme la rapporteure, pour présenter l'amendement n° 643.

Mme Corinne Imbert, rapporteur. Nous proposons de supprimer l’obligation de vaccination contre la grippe pour les résidents des Ehpad tout en renforçant la promotion de la vaccination, en l’inscrivant dans le contrat de séjour signé par chaque résident.

Tout d’abord, le taux de couverture vaccinale contre la grippe des résidents des Ehpad est déjà globalement élevé : il s’élevait à 83 % lors de la dernière épidémie de grippe, alors que celui des professionnels de santé en établissement de santé et dans les Ehpad atteint tout juste 20 %. Certes, on peut et on doit encore progresser pour assurer la vaccination des résidents. Mais la question de l’obligation vaccinale ne se pose pas dans les mêmes termes pour les professionnels de santé et pour les résidents des Ehpad.

Ensuite, l’obligation de vaccination pour ces résidents soulève des questions éthiques sensibles, notamment celle du consentement aux soins. Ce sujet est particulièrement complexe pour les personnes souffrant de troubles cognitifs, qui – on le sait – sont nombreuses dans les Ehpad.

Je le répète, la couverture vaccinale des résidents d’Ehpad est déjà bonne : parmi eux, l’obligation vaccinale pourrait susciter plus de résistances que d’adhésion. À cet égard, je n’oublie pas le rôle des familles, qui peuvent influencer les résidents.

Enfin – c’est également un des problèmes –, on ne pourrait tirer aucune conséquence concrète du refus de vaccination opposé par un résident d’Ehpad. On ne peut évidemment pas concevoir d’expulser une personne vulnérable de sa structure d’hébergement au motif qu’elle refuse de se faire vacciner.

Nous proposons donc de supprimer ces dispositions tout en ajoutant une mention relative à la promotion de la vaccination dans le contrat de séjour des résidents.

En outre, il convient selon nous de rendre obligatoire la vaccination des professionnels de santé et du personnel des Ehpad. Cette mesure constituera une barrière protectrice supplémentaire pour les résidents.

À titre personnel, je souhaite évidemment que ces personnes fragiles optent pour la vaccination et que les familles aient conscience de la responsabilité qui leur incombe quand elles refusent de faire vacciner leurs parents.

M. le président. La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour présenter l’amendement n° 865 rectifié bis.

Mme Véronique Guillotin. Sur ce sujet, je suis en tout point d’accord avec Mme la rapporteure.

L’obligation de vacciner les résidents d’Ehpad part sans doute d’une bonne intention, mais sa mise en œuvre ne me semble pas possible. Non seulement certains résidents présentent des troubles cognitifs, mais les familles peuvent interférer dans les décisions et les sanctions sont inenvisageables : on ne peut pas sévir à l’encontre d’une personne âgée au motif qu’elle n’a pas donné son consentement à la vaccination.

Commençons par la vaccination des professionnels : il s’agit, selon moi, du premier axe d’action. D’ailleurs, peut-être le taux de vaccination des résidents montera-t-il ensuite de lui-même à 90 %.

M. le président. L’amendement n° 276 rectifié bis, présenté par MM. Milon et Khalifé, Mme Deseyne, M. Sol, Mme Lassarade, M. Somon, Mme Micouleau, M. Burgoa et Mme Aeschlimann, est ainsi libellé :

Alinéas 5 et 6

Remplacer ces alinéas par un alinéa ainsi rédigé :

« Art. L. 3111-2-1. – Les établissements mentionnés au I de l’article L. 313-12 du code de l’action sociale et des familles font connaître chaque année aux autorités de tarifications et de contrôle, les démarches engagées pour favoriser la vaccination des résidents contre la grippe, le zona et le pneumocoque. »

La parole est à Mme Florence Lassarade.

Mme Florence Lassarade. Nous proposons nous aussi de remplacer l’obligation vaccinale pour les résidents d’Ehpad par l’obligation de promouvoir la vaccination.

À cet égard, il convient également d’insister sur la vaccination contre le zona et le pneumocoque, qui n’ont pas encore été évoqués.

Mon métier, en tant que pédiatre, c’était de vacciner les enfants. Nos précédentes discussions ont donc suscité en moi une certaine frustration. J’ajoute que j’ai rédigé en 2019 un rapport sur l’hésitation vaccinale, avec Cédric Villani, et participé aux différentes étapes du raisonnement relatif à la gestion de la crise covid.

J’insiste, au passage, sur le vaccin nasal pédiatrique, qui joue un rôle de prévention très efficace lorsque les petits-enfants rendent visite à leurs grands-parents ou à leurs arrière-grands-parents en Ehpad. Je regrette que cette solution ait été rejetée, alors que beaucoup de pays européens y ont recours.

M. Khalifé Khalifé. Très bien !

M. le président. L’amendement n° 1576 rectifié bis, présenté par M. Jomier, Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Lubin, Poumirol, Rossignol et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 5

Remplacer le mot :

résidant

par le mot :

admises

II. – Après l’alinéa 5

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

La vérification du statut vaccinal intervient au moment de l’admission des personnes dans les établissements mentionnés au précédent alinéa.

La parole est à M. Bernard Jomier.

M. Bernard Jomier. Madame la rapporteure, vous estimatez, contrairement à Mme la ministre, qu’il ne faut pas instaurer d’obligation vaccinale pour les résidents d’Ehpad.

Tout d’abord, vous relevez que 83 % de ces personnes sont déjà vaccinées. Lorsque, sur proposition de la ministre des solidarités et de la santé de l’époque, Agnès Buzyn, nous avons institué l’obligation vaccinale contre la rougeole, c’était à peu près le taux de vaccination des enfants. Or nous avons suivi Mme Buzyn, comme, d’ailleurs, la majorité de cette assemblée. En effet, le chiffre de 83 % n’est pas satisfaisant. L’enjeu, c’est d’atteindre le taux permettant d’arrêter la circulation du virus ou de l’agent infectieux considéré ; et ce taux est bien plus élevé.

Nous sommes bien d'accord, c'est compliqué de dépasser 95 % de vaccination contre la grippe ; mais, pour la rougeole, il en va de même, et face à cette maladie l'obligation vaccinale a été efficace. On a vu chuter la circulation du virus. Une reprise a été constatée en 2024 et au début de l'année 2025, mais dans des foyers circonscrits, dans des communautés qui, pour des raisons x ou y, qui ne veulent pas de la vaccination – nous revenons, à cet égard, aux remarques formulées par Laurence Rossignol.

Bref, si l'on veut arrêter la circulation du virus de la grippe dans les Ehpad, on ne peut pas se contenter d'un taux de couverture de 83 %. Il faut donc recourir à l'obligation vaccinale.

Cela étant, vous avez raison de le souligner : même si les résidents refusent d'être vaccinés, on ne les renverra pas de leur Ehpad. Ce n'est pas humain.

C'est la raison pour laquelle j'ai déposé cet amendement, tendant à rendre la vaccination obligatoire à l'admission. Si l'on veut bien se faire vacciner en entrant en Ehpad, c'est que l'on accepte le principe de la vaccination ; et, si l'on ne veut vraiment pas, on cherche une autre solution que l'hébergement collectif. En tout cas, on ne doit pas contribuer à la circulation du virus de la grippe.

M. le président. L'amendement n° 1577 rectifié *bis*, présenté par M. Jomier, Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Lubin, Poumirol, Rossignol et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 5

Compléter cet alinéa par les mots :

, ainsi que pour l'ensemble des personnels en contact avec les résidents de ces établissements, pendant la période épidémique

La parole est à M. Bernard Jomier.

M. Bernard Jomier. Dans la même logique que précédemment, je propose d'étendre l'obligation vaccinale à « l'ensemble des personnels en contact avec les résidents », notamment le personnel d'entretien. Comment considérer que les intéressés ne sont pas porteurs du virus, qu'ils ne peuvent pas le faire circuler ?

Il nous faut avoir pour seul guide le souci d'éviter à tout prix la contamination des résidents. Or ce n'est pas la seule affaire des médecins et des soignants. C'est collectivement que nous devons protéger de la grippe les personnes âgées résidant en Ehpad.

M. le président. L'amendement n° 853 rectifié *ter*, présenté par MM. Lévrrier et Fouassin, Mmes Duranton et Schillinger et MM. Khalifé, Buis et Rambaud, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 28

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... - Après le quatrième alinéa de l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ce contrat détermine la liste des maladies contre lesquelles les personnes accueillies doivent être immunisées. Le refus de la personne accueillie de se soumettre à cette obligation vaccinale, en l'absence de contre-indication médicale reconnue, entraîne le refus de son admission ou la rupture de son contrat d'hébergement. »

La parole est à M. Martin Lévrrier.

M. Martin Lévrrier. J'adhère totalement aux propos du docteur Jomier. Pour ma part, je propose d'aller un tout petit peu plus loin, car je crois au libre arbitre des personnes âgées et des membres de leurs familles.

Les nouveaux résidents des Ehpad signent, à leur arrivée, un contrat d'admission : il est assez simple d'ajouter dans ce document une liste de vaccins obligatoires à renouveler périodiquement, que ce soit tous les ans ou tous les cinq ans.

Une fois que le résident a signé un tel contrat, il n'y a plus de débat : le principe de la vaccination a été accepté au préalable.

Cette proposition me semble très simple à mettre en œuvre. Dans la même logique, les enfants qui ne sont pas vaccinés n'ont pas le droit d'entrer en crèche ou à l'école.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Bien sûr !

M. Martin Lévrrier. Pour moi, la prévention doit passer avant tout. Dans une ancienne vie, j'ai dirigé une maison de retraite de quatre-vingt-dix lits. Je peux vous dire que, lorsque la grippe arrivait dans l'établissement, c'était « panique à tous les étages », non seulement chez les malades, mais aussi et surtout parmi les autres résidents et leur entourage.

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

Mme Corinne Imbert, rapporteure. L'amendement n° 276 rectifié *bis* tend à créer une communication annuelle aux autorités de tutelle sur ce que font les Ehpad en faveur de la vaccination. À mon avis, cette obligation serait chronophage et peut-être contreproductive. Mieux vaut opter pour l'incitation, en ajoutant une mention en ce sens dans le contrat de séjour et en sensibilisant les familles lors de l'entrée de leurs parents en Ehpad. Il s'agirait déjà d'un important progrès. Aussi, la commission demande le retrait de cet amendement. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

Monsieur Jomier, les dispositions de l'amendement n° 1576 rectifié *bis* ne me paraissent pas opérationnelles. Vous proposez de vérifier le statut vaccinal de chaque résident au moment de son entrée en Ehpad. Prenons l'exemple d'une personne arrivant au printemps : le vaccin de l'automne précédent ne fait plus effet et, pour l'hiver suivant, le vaccin contre la grippe n'est pas encore disponible... La commission sollicite également le retrait de cet amendement. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

Par l'amendement n° 1577 rectifié *bis*, vous proposez d'étendre l'obligation vaccinale à tous les personnels en contact avec les résidents de ces établissements. Or c'est la HAS qui, au printemps prochain, déterminera le champ de cette obligation ; si elle doit se limiter aux professionnels de santé ou si elle doit être étendue à l'ensemble des personnes intervenant dans les Ehpad. Attendons cet avis, qui sera certainement digne d'intérêt. Aujourd'hui, toutes les personnes exerçant dans un établissement où elles sont exposées à des risques de contamination sont invitées à se faire vacciner. La commission demande donc le retrait de cet amendement. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

Enfin, monsieur Lévrrier, par l'amendement n° 853 rectifié *ter*, vous proposez de conditionner l'admission d'une personne en Ehpad à une liste de vaccinations inscrite dans le contrat de séjour...

M. Martin Lévrier. Je défendrai plus longuement ma proposition !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Je ne suis pas plus convaincue par ce système que par l'obligation vaccinale pour les résidents d'Ehpad : je vous prie de bien vouloir retirer cet amendement ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Mesdames, messieurs les sénateurs, sur ce sujet, nous devons attendre de connaître l'avis de la Haute Autorité de santé : l'obligation de vaccination sera mise en œuvre si, et seulement si, cette instance estime qu'elle présente un intérêt, qu'il s'agisse des soignants ou des personnes âgées. J'y insiste, car nous disposerons à ce titre d'un certain nombre de données. Je pense notamment au taux de couverture nécessaire pour faire face au risque collectif que représentent les maladies dont il s'agit.

Pour ce qui concerne les personnes âgées, l'enjeu a été très bien résumé par M. Jomier : il s'agit de l'articulation des responsabilités collective et individuelles. Il convient d'atteindre un taux de couverture suffisant pour protéger l'ensemble d'une population. Telle est la question dont est saisie la Haute Autorité de santé.

J'ajoute que le taux de couverture de 83 % n'est qu'une moyenne nationale : certains Ehpad ne sont qu'à 30 %, faute de culture vaccinale suffisante ou parce que telle ou telle personne a persuadé la majorité des résidents qu'ils devaient refuser le vaccin.

Ce chiffre national doit aussi être pris avec des pincettes. Dans les Ehpad où le taux de vaccination est particulièrement bas, l'obligation peut avoir du sens. Je tenais à apporter ces éléments au débat.

Pour les raisons que je viens d'indiquer, je suis défavorable à l'ensemble de ces amendements.

La question des sanctions a été abordée. À mon sens, il faut préserver une souplesse suffisante en s'en remettant à la concertation à l'échelle des établissements. Je me tourne notamment vers M. Lévrier : avant tout, il faut inciter très fortement les résidents à se laisser vacciner. Si l'on opte pour l'obligation, les personnes placées au plus près d'eux seront les mieux à même de leur détailler les sanctions auxquelles ils s'exposent en cas de refus.

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

M. Daniel Chasseing. Pour ma part, je voterai l'amendement de Mme la rapporteure. Il ne peut être question de renvoyer tel ou tel résident d'Ehpad, même si, malheureusement, il est passé au travers de la vaccination.

Cela étant, je suis d'accord avec Bernard Jomier : le contrat d'admission peut imposer la vaccination, quelle que soit la date d'entrée. Il suffit d'énoncer l'obligation de prendre part à la prochaine campagne vaccinale.

Enfin, j'estime que tout le personnel des établissements, solidairement, doit être vacciné : à cet égard, il forme un tout.

M. le président. La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge, pour explication de vote.

Mme Raymonde Poncet Monge. Pour notre part, nous plaidons en la matière pour une forte incitation ; mais force est de constater que nous sommes face à une difficulté.

L'obligation proposée s'appliquerait au flux et non au stock – pardonnez-moi ces termes, qui ne sont sans doute pas les plus élégants. En effet, il n'est pas question de virer les résidents actuels qui ne sont pas vaccinés...

Mme Cathy Apourceau-Poly. Eh oui !

Mme Raymonde Poncet Monge. C'est une évidence. Mais n'oublions pas que le vaccin de la grippe est annuel : même si les nouveaux résidents sont vaccinés lors de leur entrée, certains d'entre eux pourront refuser le vaccin l'année suivante. Si l'on raisonne de manière dynamique, on se heurte au même problème que celui qui a été précédemment évoqué.

En outre, faut-il étendre cette obligation à tel ou tel service hospitalier, par exemple aux services de gériatrie, ainsi qu'aux longs séjours ?

En tout état de cause, l'obligation ne vaut que pour le flux et la difficulté se répétera année après année, lors du renouvellement des vaccins. Quand bien même une personne entrant en établissement accepte de signer le contrat d'admission et de se faire vacciner, que se passe-t-il si elle refuse par la suite ? Bonne chance pour trouver une solution...

M. le président. La parole est à M. Martin Lévrier, pour explication de vote.

M. Martin Lévrier. Par souci de clarté et de concision, on peut effectivement parler de stocks et de flux, même si je n'aime guère employer ces termes pour désigner des personnes...

Madame la rapporteure, c'est dès la constitution du « stock » que je propose de fixer une telle obligation. Lorsqu'il signe son contrat d'admission en Ehpad, le résident s'engage à être vacciné tous les ans. Il n'y a pas de débat : il signe ou il ne signe pas.

Madame la ministre, c'est exactement ce que l'on fait dans les crèches et les écoles. Si Mme Buzyn n'avait pas eu le courage de prendre cette décision, on en serait encore à parler de prévention. Dieu sait s'il a été compliqué à l'époque – je m'en souviens – d'instaurer des obligations assorties de sanctions. Mais sans ce travail nous devrions encore et toujours nous contenter d'essayer de convaincre, avec un succès tout relatif.

Aujourd'hui, qui convainc sur les réseaux sociaux ? Ce sont les antivax. Nous devons faire gagner la science, ce qui suppose, parfois, de se montrer directif.

Il faut s'en remettre au libre arbitre des individus en leur disant que, pour entrer en Ehpad, les résidents doivent signer un contrat impliquant une vaccination obligatoire. La date d'entrée n'est pas un sujet, puisque l'engagement vaudrait de manière générale.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Muller-Bronn, pour explication de vote.

Mme Laurence Muller-Bronn. Juridiquement, les Ehpad n'ont pas le même statut que les crèches. En effet, les résidents d'Ehpad sont légalement chez eux : l'Ehpad constitue leur foyer personnel et non un lieu d'accueil collectif. Or je doute que l'on puisse obliger une personne à se faire vacciner chez elle.

Bien sûr, je voterai l'amendement de Mme la rapporteure, qui tend à revenir sur cette obligation.

Je rappelle que tous les pays évolués, notamment européens, s'abstiennent d'instaurer de telles obligations sans pour autant être ravagés par les maladies infectieuses. Dans ces États comme chez nous, les affections dont il s'agit sont impliquées dans moins de 2 % des décès.

Si nous votions cet article en l'état, nous serions le seul pays européen à instaurer une obligation de vaccination contre la grippe : c'est la Haute Autorité de santé qui s'exprime ainsi. Elle évoque, à cet égard, l'inefficacité du vaccin. Elle s'est encore prononcée en octobre dernier contre cette obligation.

Le système finlandais, qui, dans ce domaine, est le plus avancé d'Europe, repose sur l'incitation et non sur l'obligation. Notre pays serait-il infecté au point de devoir prendre des décisions de ce genre ?

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

M. Bernard Jomier. Mes chers collègues, le bilan des extensions de l'obligation vaccinale décidées par Agnès Buzyn lorsqu'elle était ministre chargée de la santé s'est révélé, de fait, extrêmement positif. Il faut être pragmatique. Quelques personnes continuent de s'opposer à la vaccination – on ne les met pas en prison, je vous rassure –, mais la collectivité a gagné à cette responsabilisation inscrite dans la loi. (*M. Martin Lévrier le confirme.*)

Nous sommes exactement dans ce cas de figure : pourquoi refuserions-nous de faire de même ?

Madame la rapporteure, j'ai entendu votre remarque quant à l'époque d'admission des résidents d'Ehpad. Mais cette difficulté se traitera sans aucune difficulté par voie réglementaire : ce n'est pas un motif suffisant pour s'opposer au principe de l'obligation vaccinale. Cette mesure d'intérêt collectif est fondamentalement protectrice.

J'entends vos objections, mais il va sans dire que chaque résident d'Ehpad bénéficiera du respect qui lui est dû : aucun résident ne sera mis à la porte de son établissement.

L'histoire de la vaccination elle-même nous commande d'aller dans cette direction.

Je m'attendais plutôt à vous entendre préciser les moyens permettant, selon vous, d'étendre cette protection collective. Or, par votre amendement, vous opérez un recul. Je vous le dis avec tout le respect que j'ai pour vous : un tel renoncement ne va pas dans le sens de la santé publique.

En l'occurrence, le Gouvernement me semble avoir une position très responsable. J'appelle le Sénat à rejeter votre amendement, pour que l'on puisse mettre aux voix les amendements suivants.

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

M. Simon Uzenat. Madame Muller-Bronn, nous sommes bien d'accord, les Ehpad sont le domicile de leurs résidents. Mais que se passe-t-il lorsqu'un de ces établissements est frappé par une épidémie de grippe ou de covid ? Vous le savez sans doute, comme nous, par le biais de votre entourage : tous les résidents sont cloîtrés dans leur chambre et n'ont donc plus accès aux espaces communs.

Mme Brigitte Bourguignon. Eh oui !

M. Simon Uzenat. C'est un drame pour ces personnes. Elles sont à un moment de leur vie où les interactions sont déjà très compliquées ; et, pendant plusieurs jours, parfois plus longtemps encore, elles se trouvent complètement isolées.

Ces mesures de prévention sont donc, bien entendu, absolument indispensables.

J'aimerais d'ailleurs profiter de l'occasion pour interpeller notre président de séance, même si cela ne relève évidemment pas de sa responsabilité personnelle, sur l'ordre d'examen des amendements.

Puisque nous sommes tous d'accord pour considérer que la représentation nationale devrait être exemplaire en matière de promotion de la vaccination, nos règles de discussion devraient prévoir que les amendements les plus avancés, les plus progressistes à cet égard soient examinés en priorité, avant ceux qui sont moins-disants.

Or, en l'occurrence, ce sont deux amendements identiques synonymes de recul très net – notre collègue Bernard Jomier l'a souligné – qui sont appelés en premier dans cette discussion commune. Je ne puis que le déplorer.

Je souhaite donc que le Sénat établisse à l'avenir une règle claire permettant de démontrer à nos concitoyens que la vaccination est bien une solution d'intérêt général.

M. le président. J'ai eu peur, cher collègue : j'ai cru que vous alliez me demander si j'étais vacciné contre la grippe ! (*Sourires.*) Je vous confirme que je le suis bien. (*Applaudissements.*)

L'ordre de présentation des amendements relève, lui, du règlement de notre Haute Assemblée. Là, il n'existe aucun vaccin. (*Nouveaux sourires.*)

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Que les choses soient claires : je suis évidemment favorable à titre personnel à la vaccination des personnes âgées contre la grippe. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle j'ai insisté tout à l'heure sur la responsabilité des familles, qui ont une influence sur la décision de leurs aînés. D'ailleurs, c'est peut-être elles qu'il faudrait chercher à convaincre en premier lieu. Sur ce point, il n'y a pas encore d'obligation.

D'une manière générale, une politique, axée sur la vaccination, de prévention contre la grippe est à l'œuvre dans notre pays depuis des années. Souvenez-vous de la campagne de communication qui a été menée auprès des personnes âgées, à l'origine, de 75 ans et, désormais, de 65 ans, avec un bon permettant de récupérer gratuitement un vaccin en pharmacie.

Vous le voyez, nous avons avancé pour inciter davantage de nos concitoyens à se faire vacciner contre la grippe. Notons que, dans les discussions sur les vaccins, il y a bien eu un avant et un après-covid-19.

Je remercie d'ailleurs les services de la Cnam d'avoir modifié la présentation des bons de vaccination reçus par les personnes âgées de plus de 65 ans cette année. L'an dernier, tout le monde comprenait bien qu'il fallait se faire vacciner à la fois contre la covid et contre la grippe. Cette année, beaucoup avaient l'impression qu'ils n'étaient pas obligés de se faire vacciner contre la covid...

Pour autant, la campagne de communication a touché un large public, et les taux de vaccination contre la grippe sont assez bons.

Aujourd’hui, les Ehpad sont confrontés à un manque d’adhésion, parfois même à une certaine résistance à la vaccination. Pour ma part, je crains les effets de bord. J’ai notamment entendu ce qu’a indiqué notre collègue à propos des personnes âgées prises en charge dans les établissements de santé, par exemple en gériatrie, et amenées non pas à rentrer chez elles, mais à intégrer un Ehpad.

Je vous pose la question : que fait-on lorsqu’un patient âgé souffre de troubles cognitifs ou refuse la vaccination ?

M. Bernard Jomier. Je vous répondrais bien quelque chose, mais je n’en ai sans doute pas le droit !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. En effet, mon cher collègue, vous ne pouvez plus prendre la parole à ce stade de la discussion.

Quoi qu’il en soit, il y a un petit souci pour combiner obligation, adhésion des publics concernés et application concrète dans la « vraie vie ».

Encore une fois, je suis plus que favorable à titre personnel à la vaccination, et je souscris à un certain nombre de remarques qui ont été formulées. Mais l’idée d’obligation vaccinale me laisse sceptique.

Au demeurant, même s’il y a peut-être des exceptions, sur le terrain, les taux de vaccination sont globalement élevés.

Et nous pourrions peut-être envisager de rendre les gestes barrières obligatoires lorsque les familles rendent visite aux personnes âgées en Ehpad. D’ailleurs, on a constaté une baisse du nombre de cas de grippe pendant la période covid, quand ces gestes étaient obligatoires. Vous le voyez, il y a d’autres solutions que l’obligation vaccinale pour protéger les résidents de ces établissements.

Aussi, et tout en étant personnellement favorable à la vaccination, je n’adhère pas à l’idée de la rendre obligatoire. Je maintiens donc l’amendement que j’ai déposé au nom de la commission.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Je remercie Mme la rapporteure d’avoir parlé des gestes barrières, qui n’avaient pas été évoqués depuis le début de ce débat. J’insiste à mon tour sur leur importance ; ils ont démontré leur efficacité, et il faut évidemment continuer à les mettre en pratique, en particulier en présence de personnes fragiles.

Je réponds à la question qui a été posée. Une personne âgée qui irait directement en Ehpad à l’issue d’une hospitalisation peut être vaccinée. D’ailleurs, cela se fait beaucoup, avec l’accord, soit de l’intéressé, soit de sa famille. Il est impératif que l’accès aux vaccins dans les services soit maintenu.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 643 et 865 rectifié bis.

(*Les amendements sont adoptés.*)

M. le président. En conséquence, les amendements n°s 276 rectifié bis, 1576 rectifié bis, 1577 rectifié bis et 853 rectifié ter n’ont plus d’objet.

Je suis saisi de sept amendements faisant l’objet d’une discussion commune.

Les deux premiers sont identiques.

L’amendement n° 833 rectifié bis est présenté par M. Bourgi, Mmes Bélim et Bonnefoy, MM. Bouad, Cozic et Féraud, Mme Harribey, MM. P. Joly, Jomier, Lurel, Michau, Omar Oili, Pla, Redon-Sarrazzy, Roiron et Ros, Mme Rossignol et MM. Stanzione, Tissot et Ziane.

L’amendement n° 1426 rectifié bis est présenté par Mme Guillotin, M. Bilhac, Mme Briante Guillemont, M. Cabanel, Mmes M. Carrère et N. Delattre, MM. Fialaire, Gold, Grosvalet et Guiol, Mme Jouve, M. Masset, Mme Pantel, M. Roux et Mme Girardin.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 13

Remplacer cet alinéa par deux alinéas ainsi rédigés :

« II. – L’employeur de tout professionnel de santé exerçant au contact de personnes identifiées par la Haute Autorité de santé comme étant les plus exposées au risque de formes graves de la grippe est tenu de s’assurer que ce professionnel a satisfait à l’obligation vaccinale contre cette maladie.

« Un décret en Conseil d’État, pris après avis de la Haute Autorité de santé, détermine la liste des catégories de professionnels de santé soumises à cette obligation, en fonction du niveau d’exposition aux risques de contamination qu’elle présente pour les professionnels concernés ou pour les personnes dont ils assurent la prise en charge.

La parole est à M. Rémi Féraud, pour présenter l’amendement n° 833 rectifié bis.

M. Rémi Féraud. Afin de mieux protéger les plus fragiles, cet amendement vise à instaurer une obligation vaccinale contre la grippe saisonnière à l’égard de certains professionnels de santé exerçant en contact direct des personnes identifiées comme les plus à risque. La mise en œuvre de cette obligation relèverait des employeurs. Ces derniers seraient tenus de s’assurer que les personnels affectés auprès des patients vulnérables sont dûment vaccinés.

Le dispositif proposé s’inspire du modèle finlandais, où ce sont les employeurs qui doivent affecter exclusivement des professionnels immunisés auprès des patients à haut risque. Ce serait donc une mesure de santé publique cohérente avec le droit existant, fondée sur le principe de responsabilité des employeurs en matière de sécurité sanitaire, mais sans remise en cause des libertés individuelles.

M. le président. La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour présenter l’amendement n° 1426 rectifié bis.

Mme Véronique Guillotin. Cet amendement est défendu. Toutefois, je profite de l’occasion pour aborder un sujet connexe.

Je suis évidemment favorable à la vaccination et, dans de nombreux cas, à l’obligation vaccinale. Mais j’aimerais évoquer des canaux de sensibilisation plus efficaces que la contrainte pour emporter la conviction. Je pense notamment à ce qui se pratique en Europe du Nord ; mon collègue vient d’y faire référence.

Aujourd’hui, les antivax sont une réalité. Comme cela a été souligné, à l’issue de ce débat, nous serons probablement inondés de courriers électroniques ou de messages sur les réseaux sociaux, souvent envoyés depuis de faux comptes.

J'ai en tête le cas d'un influenceur pédiatre le jour et vidéaste la nuit qui publie sur sa chaîne des contenus particulièrement intéressants. Son discours a sans doute plus de poids auprès de certains publics que ce que nous-mêmes pouvons dire ou ce que les scientifiques peuvent écrire dans nombre de revues spécialisées.

Pourquoi ne pas réfléchir à une forme de labellisation ? Je vous renvoie à nos échanges passés sur le rôle des influenceurs auprès des parturientes à propos de la santé mentale. Nous pourrions par exemple créer un label « contenu intéressant ». Je crois que cela pourrait avoir une incidence positive sur l'adhésion à des politiques aujourd'hui décriées, dont la politique vaccinale.

M. le président. L'amendement n° 1822 rectifié, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 13

1° Première phrase

Supprimer les mots :

en ce sens

2° Seconde phrase

Au début, remplacer le mot :

Ce

par le mot :

Le

II. – Alinéa 16

Après le mot :

dans

insérer les mots :

la liste établie par

III. – Alinéa 20, seconde phrase

Supprimer le mot :

elle

IV. – Alinéa 27

Remplacer les mots :

au forfait mentionné

par les mots :

à la participation forfaitaire mentionnée

V. – Alinéa 33, dernière phrase

Remplacer les mots :

À l'inverse, les

par le mot :

Les

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Amendement rédactionnel.

M. le président. L'amendement n° 563 rectifié, présenté par Mme Guillotin, M. Bilhac, Mmes Briante Guillemont, M. Carrère et N. Delattre, MM. Fialaire, Gold, Grosvalet et Guiol, Mme Jouve, M. Masset, Mme Pantel et M. Roux, est ainsi libellé :

Alinéa 13, première phrase

Après le mot :

libéral

insérer les mots :

ou dans un établissement de santé ou un établissement médico-social

La parole est à Mme Véronique Guillotin.

Mme Véronique Guillotin. Cet amendement est retiré.

M. le président. L'amendement n° 563 rectifié est retiré.

L'amendement n° 644 rectifié, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 13, première phrase

Supprimer les mots :

, sauf contre-indication médicale reconnue

II. – Alinéa 14

Supprimer les mots :

, sauf contre-indication médicale reconnue,

III. – Alinéa 15, première phrase

Supprimer les mots :

, sous la même réserve,

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Amendement rédactionnel.

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

L'amendement n° 428 rectifié *ter* est présenté par MM. Levi, Reynaud et Laugier, Mme Billon, MM. Kern, Menonville, Dhersin, Khalifé et Chatillon, Mmes Saint-Pé, Belrhi, Romagny et Patru, M. Fargeot, Mme Bourguignon, MM. Klinger et Saury et Mme Dumont.

L'amendement n° 457 rectifié *ter* est présenté par M. Milon, Mme Deseyne, M. Sol, Mme Lassarade, M. Somon, Mme Micouleau, M. Burgoa et Mme Aeschlimann.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

L'obligation de vaccination contre la grippe prévue à l'article L. 3111-4 du code de la santé publique est rendue applicable à l'ensemble des professionnels mentionnés aux articles L. 4111-1 et L. 4311-1 du même code exerçant dans les établissements de santé publics et privés.

La parole est à M. Khalifé Khalifé, pour présenter l'amendement n° 428 rectifié *ter*.

M. Khalifé Khalifé. Par cet amendement, mon collègue Levi propose d'étendre l'obligation vaccinale aux personnels des établissements de santé privés et publics et, bien entendu, des Ehpad.

Je souhaite remercier Mme la rapporteure et Mme la ministre d'avoir rappelé l'importance des gestes barrières, qui n'ont pas été évoqués dans les nombreuses interventions de nos collègues depuis le début de ce débat. Je pense, madame la ministre, qu'il faut diffuser ce message et le marteler.

Autant les gestes barrières ont été respectés pendant la période covid, avec une efficacité notable, autant on note malheureusement un relâchement aujourd'hui. Je le vois régulièrement dans le métro, où tout le monde est entassé ; personne n'a le masque, et les gens toussent. Il faut donc insister sur la nécessité de ces gestes.

M. le président. La parole est à Mme Chantal Deseyne, pour présenter l'amendement n° 457 rectifié ter.

Mme Chantal Deseyne. Cet amendement, déposé sur l'initiative de notre collègue Milon, est identique à celui qui vient d'être présenté. Je le considère comme défendu.

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

Mme Corinne Imbert, rapporteure. L'adoption des amendements identiques n° 833 rectifié bis et 1426 rectifié bis aurait pour effet de supprimer l'obligation, prévue à l'alinéa 13, de vaccination contre la grippe des professionnels sous réserve que la Haute Autorité de santé la recommande. Or la commission est au contraire favorable au maintien de cette disposition.

En outre, les auteurs de ces deux amendements souhaitent préciser qu'il appartient à l'employeur de s'assurer du respect par les professionnels placés sous son autorité de leur obligation vaccinale. Or c'est déjà prévu par la loi et la réglementation en vigueur : les employeurs hospitaliers ont la capacité de faire vérifier le statut vaccinal de leurs employés ; c'est le rôle de la médecine du travail. C'est une condition au recrutement qui est vérifiée au moment de la prise de fonctions.

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

Les auteurs des amendements identiques n° 428 rectifié ter et 457 rectifié ter demandent la réintroduction d'une obligation de vaccination contre la grippe pour les professionnels de santé exerçant dans les établissements.

Il se trouve que c'est déjà prévu par le code de la santé publique. Cette obligation a été supprimée par décret en 2006, afin de tenir compte de l'avis des hautes autorités sanitaires, et pourrait être rétablie à tout moment de la même manière.

L'avis de la Haute Autorité de santé – nous y avons fait largement référence tout à l'heure – étant annoncé au printemps 2026, il me semble judicieux d'attendre cette échéance. Si la HAS se prononce en ce sens, l'obligation pourra être réactivée, conformément aux dispositions législatives en vigueur.

Ces deux amendements étant déjà satisfaisants, j'en sollicite le retrait. À défaut, l'avis serait défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Je rejoins Mme la rapporteure sur ce dernier point : les amendements identiques n° 428 rectifié ter et 457 rectifié ter sont effectivement déjà satisfaisants. J'en demande donc le retrait.

Avis favorable sur les amendements rédactionnels n° 1822 rectifié et 644 rectifié de la commission.

Mme Guillotin a évoqué les influenceurs. Je vous informe que la mission consacrée à la désinformation en santé rendra ses conclusions le 15 décembre. J'aurai ensuite l'occasion de formuler des propositions. Je crois effectivement que nous devons utiliser les influenceurs dès lors qu'ils sont « labellisés ».

Les auteurs des amendements identiques n° 833 rectifié bis et 1426 rectifié bis souhaitent appliquer l'obligation vaccinale aux professionnels de santé amenés à être en contact de certains malades ou de personnes très fragiles. Cela soulève une question intéressante.

Néanmoins, tel que le dispositif est conçu, son adoption aurait pour conséquence de sortir les praticiens libéraux, dont les patients ne sont évidemment pas triés en arrivant au cabinet, de l'obligation vaccinale. Je n'y suis pas favorable.

En revanche, l'un de nos axes de travail en matière de sanctions pourrait être d'interdire aux personnels non vaccinés d'exercer dans certains services. Cela étant, je ne veux pas préempter ce débat sur les sanctions. Il me paraît en effet souhaitable que celles-ci soient définies au plus près des établissements.

En tout état de cause, le Gouvernement émet un avis défavorable sur ces deux amendements identiques.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 833 rectifié bis et 1426 rectifié bis.

(*Les amendements ne sont pas adoptés.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1822 rectifié.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 644 rectifié.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n° 428 rectifié ter et 457 rectifié ter.

(*Les amendements ne sont pas adoptés.*)

M. le président. L'amendement n° 1823, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 28

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

... Au deuxième alinéa de l'article L. 3821-1, les mots : « loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 » sont remplacés par les mots : « loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2026 ».

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Amendement de coordination.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1823.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'article 20, modifié.
(*L'article 20 est adopté.*)

Après l'article 20

M. le président. L'amendement n° 1436, présenté par M. Khalifé, est ainsi libellé :

Après l'article 20

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

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

1° Au 2°, les mots : « et à la promotion » sont supprimés ;

2° Le 5° est abrogé.

La parole est à M. Khalifé Khalifé.

M. Khalifé Khalifé. Les missions financées par le fonds d'intervention régional (FIR), qui est géré par les ARS, se sont largement diversifiées, au point de rendre difficile l'évaluation de l'efficacité réelle des projets soutenus.

Cet amendement vise donc à supprimer certaines missions périphériques pour recentrer le FIR sur ses fonctions structurantes, c'est-à-dire l'organisation des soins, la coordination territoriale et les réponses à des besoins objectivés. Une telle rationalisation permettrait une utilisation plus efficiente des fonds publics et une meilleure transparence dans le pilotage.

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

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement vise à retirer du champ du FIR certaines thématiques pourtant utiles à la coordination des acteurs de santé et des prises en charge. Je pense notamment à la promotion de parcours de santé coordonnés ou au développement de la démocratie sanitaire.

Je le rappelle, le FIR est à la disposition des ARS. Ces dernières ont des marges de manœuvre dans l'emploi de ses crédits pour prioriser les actions qu'elles souhaitent financer selon les besoins du territoire. Un tel mécanisme ne me paraît pas soulever de difficulté.

Par conséquent, la commission sollicite le retrait de cet amendement ; à défaut, l'avis sera défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Je comprends l'intention de l'auteur de l'amendement. Il est vrai que le FIR regroupe un grand nombre de financements.

Depuis que les parlementaires peuvent siéger au conseil des ARS, ils ont la possibilité d'interroger les décideurs – je l'ai moi-même fait, en tant que députée, dans ma région Centre-Val de Loire – sur l'utilisation qui est faite du FIR. C'est un exercice instructif.

Je tiens à souligner l'intérêt du FIR, qui s'adapte aux territoires, aux acteurs et aux projets. Je pense notamment à la prévention ou à la démocratie sanitaire, qui est très importante, car elle permet d'impliquer nos concitoyens dans nos politiques publiques.

Je suis donc une grande défenseuse de ce fonds. Je pense même qu'il faudrait encore le renforcer. Je le rappelle, il finance des hôpitaux de proximité et de multiples actions territorialisées. Continuons à le défendre, notamment pour la démocratie sanitaire.

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

M. Khalifé Khalifé. Madame la ministre, loin de moi l'idée de remettre en cause l'intérêt du FIR, dont je suis aussi convaincu que vous. Si j'ai déposé cet amendement, c'est pour améliorer la transparence et la lisibilité du dispositif. Néanmoins, compte tenu du double avis négatif de la commission et du Gouvernement, je le retire.

M. le président. L'amendement n° 1436 est retiré.

L'amendement n° 1742, présenté par Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, MM. Fichet et Jomier, Mmes Lubin, Poumirol, Rossignol, Artigalas et Bélim, MM. Cardon, Chaillou et Chantrel, Mme Conway-Mouret, M. Darras, Mme Espagnac, MM. Féraud et Gillé, Mme Harribey, MM. Jacquin et P. Joly, Mme Linkenheld, MM. Lurel, Marie, Mérillou et Michau, Mme Monier, MM. Montaugé, Pla et Redon-Sarrazy, Mme S. Robert, MM. Roiron, Ros, Tissot, Uzenat, M. Vallet, Ziane et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 20

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 30 juin 2026, un rapport sur la structuration, le financement et l'évaluation de la politique de prévention en santé, visant à passer d'une logique de moyens à une logique de résultats. Ce rapport devra notamment :

- dresser un état des lieux des financements publics alloués à la prévention dans le cadre de l'ONDAM, en distinguant les crédits affectés aux soins de ville, aux établissements de santé et aux établissements médico-sociaux ;

- analyser les modalités de pilotage et de coordination entre les acteurs (ARS, Assurance maladie, collectivités, établissements, structures ambulatoires) ;

- proposer des indicateurs de résultats et de performance en matière de prévention, validés par la Haute Autorité de santé ;

- identifier les leviers d'investissement pérenne, notamment via le Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) et le Fonds d'intervention régional (FIR), pour soutenir les actions de prévention portées par les établissements privés non lucratifs.

La parole est à Mme Annie Le Houerou.

Mme Annie Le Houerou. Cet amendement concerne la définition d'un financement de la politique de prévention lisible et identifié dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam).

Le PLFSS pour 2026 fixe un Ondam de 270,4 milliards d'euros, avec une progression limitée à seulement 1,6 %. C'est beaucoup trop faible ; nous l'avons vu lors de l'examen de la deuxième partie du texte.

Concrètement, cela signifie que les moyens réels alloués à notre système de santé diminuent dans les faits. Cette contraction budgétaire touche d'abord les établissements médico-sociaux, les structures de soins de proximité et l'ensemble des acteurs engagés dans la prévention.

Pourtant, ce sont précisément ces acteurs qui sont en première ligne : prévention de la perte d'autonomie, repérage précoce des fragilités, actions de santé publique, accompagnement des personnes vulnérables. Autrement dit, ce sont ceux qui permettent d'éviter des hospitalisations évitables, des complications médicales coûteuses et une aggravation des inégalités de santé.

Par cet amendement, nous appelons à une clarification stratégique de la politique de prévention en France.

Aujourd'hui, nous avons des intentions, des plans et des annonces, mais il manque trois choses essentielles : d'abord, des objectifs précis et mesurables pour suivre les progrès ; ensuite, des financements clairement identifiés pour savoir comment les actions sont réellement mises en œuvre ; enfin, une gouvernance stable et partagée, car la prévention implique les collectivités, les professionnels de santé, les ARS, les associations, les établissements et, bien entendu, l'État.

Le rapport que nous demandons permettrait de poser les bases d'une réforme enfin solide et cohérente de la prévention, en lien avec les orientations du plan national de santé publique et les engagements du Gouvernement en matière de santé populationnelle.

Nous avons besoin d'une stratégie claire, lisible, financée et pilotée, car la prévention n'est pas un supplément facultatif : elle est l'un des leviers les plus efficaces et les plus économiques pour améliorer la santé des Français et réduire la pression de l'hôpital, mais aussi pour diminuer nos dépenses de santé.

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

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Comme vous vous en souvenez, l'an dernier, nous avions accepté et introduit une demande de rapport à l'article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale, en l'occurrence sur les mesures adoptées dans les précédents PLFSS en matière de prévention. Ce devait être l'exception qui confirme la règle ! (*Sourires.*) Le rapport n'a pas été remis... La commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

Toutefois, comme vous le savez, notre commission a institué une mission d'information sur la prévention, dont les conclusions devraient être remises au prochain semestre. Nous les examinerons avec beaucoup d'attention. Je suis certaine qu'il s'agira d'un excellent rapport du Sénat ! (*Sourires.*)

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Sur le fond, je rejoins complètement les auteurs de cet amendement.

L'an dernier, en tant que députée, j'avais déposé avec Aurélien Rousseau, lui-même ancien ministre, un amendement tendant à préciser une sous-section de l'Ondam sur la prévention.

Nous avons, me semble-t-il, un travail à mener pour renforcer la lisibilité du système. Car, contrairement à ce qui a été indiqué, nous mobilisons de nombreux financements en faveur de la prévention, primaire comme secondaire. D'ailleurs, cela ne concerne pas seulement l'assurance maladie.

Si j'émet un avis défavorable sur cet amendement, car je ne crois pas que le dépôt d'un rapport soit la solution, je suis très engagée sur le sujet, et j'essaie d'avancer.

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

Mme Émilienne Poumirol. Puisque nous parlons de prévention, j'aimerais évoquer un sujet qui m'est cher : l'hypercholestérolémie familiale et son dépistage. J'avais d'ailleurs déposé un amendement à ce propos, mais je ne le retrouve pas sur notre dérouleur.

En France, l'hypercholestérolémie familiale touche 250 000 personnes, dont 30 000 à 50 000 enfants, et il ne s'agit évidemment que d'estimations, puisque 10 % seulement des patients sont dépistés. C'est une maladie génétique héréditaire des plus courantes ; elle est, par exemple, quatre fois plus fréquente que la mucoviscidose. Le risque de transmission est de 50 % pour les enfants.

Si l'hypercholestérolémie familiale n'est pas dépistée et prise en charge précoce, elle peut avoir de lourdes conséquences, susceptibles d'entraîner des complications cardiovasculaires précoces. Ainsi, 50 % des hommes et 30 % des femmes font un infarctus avant l'âge de 50 ans. Dans sa forme rare, la forme homozygote, le risque apparaît dès l'âge de 12 ans.

Certains pays d'Europe ont déjà engagé des politiques de dépistage précoce ; c'est le cas des Pays-Bas, de l'Espagne et du Royaume-Uni.

L'OMS préconise le dépistage depuis 1998, mais il n'existe pas en France. Pourtant, un dépistage précoce permettrait d'éviter 6 500 syndromes coronariens aigus et de nous épargner un coût annuel de 70 millions d'euros. Sur la base du rapport de la Cnam, ce chiffre s'intègre dans un coût global des maladies cardiovasculaires, qui est de 17,8 milliards d'euros, soit 10 % des dépenses d'assurance maladie.

Dans un avis rendu en 2023, la HAS a confirmé l'importance de mieux reconnaître la fréquence et les conséquences de l'hypercholestérolémie familiale et de mieux identifier les personnes atteintes de cette maladie.

Ne pouvant pas déposer d'amendement en ce sens, j'en avais déposé un qui visait à évaluer les bénéfices et les coûts de la mise en place de ce dépistage précoce.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 1742.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

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

L'amendement n° 783 rectifié, présenté par Mme Le Houerou, MM. Bourgi et Montaugé, Mmes Harribey et de La Gontrie, MM. Omar Oili, Temal, P. Joly et Gillé, Mmes Brossel et Bélim, MM. Mérillou, Pla et Lurel, Mmes Narassiguin et Conway-Mouret, MM. Redon-Sarrazy, Marie, Michau, M. Weber, Tissot et Cardon, Mme G. Jourda, M. Stanzione, Mmes Monier et Féret et MM. Chaillou et Ziane, est ainsi libellé :

Après l'article 20

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 30 juin 2026, un rapport sur l'application des mesures de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2026 relatives à la santé mentale des jeunes, notamment en milieu rural. Ce rapport présente l'état d'exécution des crédits du Fonds d'intervention régional et des sous-objectifs de l'objectif national des dépenses d'assu-

rance maladie consacrés à la psychiatrie et à la prévention, et évalue leur impact sur l'accès aux soins de santé mentale des jeunes en milieu rural.

La parole est à Mme Annie Le Houerou.

Mme Annie Le Houerou. Par cet amendement, nous demandons un rapport sur la santé mentale des jeunes, notamment en milieu rural.

Depuis plusieurs années, la santé mentale des jeunes de 5 ans à 25 ans se dégrade de manière préoccupante et durable. Alors que l'on sait que 75 % des troubles psychiques apparaissent avant 25 ans, il est aujourd'hui absolument crucial d'identifier ces situations le plus tôt possible et de mieux y répondre. Prévenir, accompagner, soutenir : c'est tout l'enjeu.

Partout, les jeunes nous alertent. Ils dénoncent la banalisation de la discrimination dans leur espace de vie, à l'école, dans le sport, dans l'espace public. Ils disent se sentir jugés, catégorisés, incompris. Le poids des normes sociales, notamment autour du genre et de l'apparence, est synonyme de pression permanente.

Mais le problème s'intensifie encore selon le territoire où l'on vit. Les jeunes en milieu rural font face, eux, à une véritable triple peine : isolement géographique ; stigmatisation sociale ; manque de ressources adaptées et d'accompagnement.

Les dispositifs de santé mentale restent trop souvent pensés pour des contextes urbains et ne prennent pas suffisamment en compte les réalités rurales. À cela s'ajoutent des difficultés d'insertion, des freins pour accéder à une formation ou à un logement et des inégalités de genre plus marquées. Selon les travaux de l'Igas, près de 338 000 jeunes ruraux vivraient aujourd'hui sous le seuil de pauvreté.

Dans ce contexte, alors que la santé mentale des jeunes se dégrade, la progression de l'Ondam, là aussi à 1,6 %, ne permet évidemment pas d'apporter une réponse à la hauteur des besoins. Les sous-objectifs dédiés à la psychiatrie et à la prévention doivent impérativement être mieux suivis, mieux documentés, mieux calibrés, en particulier dans les territoires les plus vulnérables.

C'est pourquoi nous demandons qu'un rapport soit remis au Parlement avant le 30 juin 2026. Celui-ci devra retracer l'exécution des crédits du FIR et des sous-objectifs de l'Ondam consacrés à la psychiatrie et à la prévention, et en évaluer l'effet réel sur l'accès aux soins de santé mentale des jeunes en milieu rural.

M. le président. L'amendement n° 1495 rectifié, présenté par M. M. Vallet, Mme Canalès, MM. Bourgi, P. Joly, Cozic, Michau et Lurel, Mme Poumirol, MM. Redon-Sarrazzy, Omar Oili et Ros, Mme Bonnefoy, MM. Pla et Temal, Mmes Bélim et G. Jourda, MM. Mérillou, Cardon, Tissot et Bouad, Mmes Rossignol et Conway-Mouret et M. Roiron, est ainsi libellé :

Après l'article 20

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur l'application de l'article 29 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023.

Ce rapport dresse un bilan de l'application des mesures relatives à la santé mentale des jeunes, notamment en milieu rural. Il présente l'état d'exécution des crédits du fonds d'intervention régional (FIR) et des sous-objectifs de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) consacrés à la psychiatrie et à la prévention, et évalue leur impact sur l'accès aux soins de santé mentale des jeunes en milieu rural.

La parole est à Mme Marion Canalès.

Mme Marion Canalès. Par cet amendement, mon collègue Mickaël Vallet réclame la même chose que Mme Le Houerou : un bilan de l'application des mesures relatives à la santé mentale des jeunes en milieu rural.

Sa démarche se fonde également sur le rapport de l'Igas de cette année : ma collègue Annie Le Houerou a souligné la grande vulnérabilité des jeunes ruraux.

On pourrait relier cette demande aux enjeux de lisibilité du FIR ; Mme la ministre y a fait référence voilà quelques instants.

Pour ma part, je la relierai plutôt aux tensions actuelles sur nos missions locales. Si ces dernières sont des acteurs de l'insertion, elles ne font pas que cela.

Nous savons très bien que les missions locales sont là pour lever les freins à l'insertion – c'est leur vocation première –, mais aussi aux mobilités, au logement, à la santé et, de plus en plus, en matière de santé mentale de ces jeunes.

Dans le cadre de l'examen du PLF, nous serons amenés à évoquer largement les missions locales. Certains collègues auront peut-être la tentation, sous couvert de « rationalisation », de les regrouper sur des territoires de plus en plus vastes.

Si c'est le cas, j'alerterai notre Haute Assemblée. J'ai été présidente d'une mission locale dite « urbaine », mais composée de 44 territoires ruraux. Si l'on élargit encore le périmètre des missions locales, celles-ci ne pourront plus mener leurs actions en matière d'insertion, mais également – c'est l'objet de l'amendement de M. Vallet – de santé mentale des jeunes, en particulier de nos jeunes ruraux, qui sont *a fortiori* plus éloignés des dispositifs.

Cette demande de rapport est donc aussi une manière d'alerter nos collègues sur la santé mentale de nos jeunes dans les territoires ruraux et sur les outils qui permettent de les accompagner.

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

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Je laisserai Mme la ministre vous répondre sur l'importance des missions locales. J'ai bien entendu le message qui est exprimé au travers de ces deux amendements tendant à la remise d'un rapport, mais l'objectif visé n'est pas celui du PLFSS en tant que tel.

Vous avez raison, les jeunes ruraux ne sont pas les premiers bénéficiaires de l'action des missions locales, même si ces dernières sont très investies *via* leurs antennes et ont des équipes très engagées.

Je vous renvoie, chers collègues, au rapport qu'avaient réalisé nos collègues Jean Sol, Daniel Chasseing et Céline Brulin sur la santé mentale, que la commission des affaires sociales avait adopté. Cet excellent rapport, comme tous les

travaux que produit le Sénat, vaut tous ceux que l'on pourrait demander dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

En conséquence, la commission émet un avis défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Nous abordons un sujet majeur à fort retentissement, celui de la santé mentale des jeunes. Il existe actuellement 149 maisons des adolescents (MDA). Notre objectif est qu'un de ces établissements au moins soit présent dans chaque département. Nous avons à ce jour atteint 92 % de la couverture et nous poursuivrons les efforts qui ont été réalisés en ce sens.

Les conseils locaux de santé mentale (CLSM), à l'échelle du bassin de vie de la commune, permettent d'établir une cartographie faisant état de l'offre de soins disponible et des délais d'accès.

En outre, 103 projets territoriaux de santé mentale, inclus dans la feuille de route du Gouvernement, permettent d'apporter des réponses pour chaque territoire, sur la base d'un diagnostic local.

Du reste, comme vous le savez, ce projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit de renforcer la pédopsychiatrie à hauteur de 35 millions d'euros en 2026.

Quant à la labellisation des maisons du réseau France santé, elle a pour premier objectif de rendre visibles les points d'accès aux soins. Les jeunes pourront ainsi, quel que soit leur lieu de résidence, y compris en milieu rural, pousser la porte de ces services pour obtenir une réponse à leur demande.

Ce sujet est particulièrement important. Le Gouvernement sait que les missions locales ont leur importance, comme l'a rappelé le ministre du travail devant le Parlement. Il n'empêche que, en l'état, il émet un avis défavorable sur ces amendements.

M. le président. La parole est à Mme Anne-Sophie Romagny, pour explication de vote.

Mme Anne-Sophie Romagny. Je connais la doctrine du Sénat sur les demandes de rapport et je la respecte totalement. Néanmoins, je tenais à apporter mon soutien à ma collègue Canalès.

Êtant vice-présidente d'une mission locale exclusivement rurale qui concerne 72 communes, j'observe que de nombreux problèmes se posent en matière de santé mentale. Or ils passent sous les radars, car notre territoire, de toute évidence, n'est pas considéré comme un quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV).

Nous devons réellement conduire un travail à la maille sur le sujet de la santé mentale des jeunes, surtout en zone rurale, afin de lever les freins à la mobilité, à l'accès aux soins et au logement qui les tiennent à l'écart, en dépit de nos préoccupations très louables.

M. le président. La parole est à Mme Laurence Rossignol, pour explication de vote.

Mme Laurence Rossignol. L'examen du PLFSS nous permet de parler de santé publique. Si nous demandons des rapports à cette occasion, c'est parce que nous n'avons pas d'autre espace parlementaire pour le faire.

Madame la ministre, au-delà des jeunes en souffrance, ce sont leurs parents qui doivent être pris en charge. Tous les parents qui ont des enfants en grande difficulté – je pense

notamment à ceux qui tentent de se suicider – se trouvent seuls et désespérés. Ces deux volets sont indissociables l'un de l'autre.

Je sais bien que le PLFSS alloue cette année des millions d'euros supplémentaires à la pédopsychiatrie, mais cela suffira-t-il ? Il n'est pas normal que les parents d'un gamin – il s'agit le plus souvent d'une fille – qui tente de se suicider n'aient pas les moyens, quarante-huit heures après une mesure d'hospitalisation, de l'adresser dans un parcours de soins. Il va sans dire que cette situation provoque le burn-out et la solitude des parents.

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

M. Daniel Chasseing. Dans le cadre de la préparation de notre rapport sur la santé mentale, avec mes collègues Céline Brulin et Jean Sol, nous avons visité des hôpitaux et mené un certain nombre d'auditions. À cette occasion, nous avons constaté qu'il y a aujourd'hui 40 % de pédopsychiatres de moins qu'en 2010. En outre, sur les 1 600 médecins scolaires que le budget prévoit de rémunérer, 700 seulement sont en exercice.

Enfin, on compte moins d'infirmières scolaires et les professionnels des centres médico-psychologiques (CMP) sont débordés.

Au cours de nos travaux, nous avons observé que, dans les Pyrénées-Orientales et en Seine-Maritime, les hôpitaux avaient embauché des infirmiers en pratique avancée (IPA) formés à la psychiatrie. Il se trouve que ces derniers apportent une aide précieuse aux équipes mobiles des CMP.

Après la parution de notre rapport, j'ai modestement élaboré un amendement visant à ce que le Gouvernement propose que les hôpitaux procèdent à des embauches, sans les imposer, afin d'assurer une meilleure prise en charge de la santé mentale. Or cet amendement a été rejeté : voilà pourquoi je souhaitais de nouveau l'évoquer dans le cadre de cette explication de vote.

M. le président. La parole est à Mme Céline Brulin, pour explication de vote.

Mme Céline Brulin. Ces demandes récurrentes de rapport sont, pour chacun d'entre nous, une manière de mettre en lumière certains sujets de santé publique. À cet égard, je constate que la santé mentale, notamment celle des jeunes, préoccupe bon nombre de sénateurs.

La santé mentale a été déclarée grande cause nationale par l'exécutif en 2025. Pourtant, et cela me chagrine, alors que nous approchons de la fin de l'année, ce PLFSS n'est pas celui que nous attendions pour traduire en actes cet engagement.

La ministre a certes rappelé que 35 millions d'euros seraient alloués à la pédopsychiatrie en 2026. Toutefois, le montant de cette enveloppe, rapporté à la centaine de départements que compte notre pays, n'est pas tout à fait à la hauteur.

Daniel Chasseing l'a dit, les délais d'attente dans les CMP sont insupportables pour les familles. Certains malades font un séjour aux urgences, puis se retrouvent livrés à eux-mêmes. On les renvoie chez eux avec quelques médicaments en poche, en leur disant : « Débrouillez-vous ! »

Beaucoup de problèmes dans notre société ont un lien avec l'état de santé mentale de l'ensemble de la population, en particulier les jeunes. D'où la nécessité d'un investissement beaucoup plus important.

Chacun d'entre nous – je pense surtout à vous, madame la ministre – doit œuvrer à redonner ses lettres de noblesse à la psychiatrie, qui compte aujourd'hui parmi les spécialités les moins choisies par les jeunes médecins.

À ce jour, beaucoup d'établissements manquent terriblement de psychiatres et de pédopsychiatres. Dans ces conditions, veillons à ce que cette grande cause nationale qu'est la santé mentale ne soit pas uniquement un supplément d'âme et se traduise concrètement.

M. le président. La parole est à M. Jean Sol, pour explication de vote.

M. Jean Sol. Je veux compléter les propos de Daniel Chasseing et de Céline Brulin, avec lesquels j'ai réalisé ce rapport sur la santé mentale qui nous a beaucoup appris. Certes, celle-ci a été érigée en grande cause nationale, mais, comme nous l'avons indiqué dans le titre de notre rapport, il n'existe « pas de « grande cause » sans grands moyens ».

Madame la ministre, au-delà de cet amendement qui concerne à juste titre la santé mentale des jeunes – le suicide est la première cause de décès chez les jeunes –, nous devons veiller à protéger les adultes et nos aînés. Toutes les catégories socioprofessionnelles sont en réalité concernées.

Notre rapport avait relevé un manque d'hétérogénéité dans la prise en charge des patients par les CMP, en fonction des départements : dans certains territoires, les rendez-vous en CMP peuvent être obtenus en trois mois ; dans d'autres, les malades doivent attendre plus d'un an. Vous conviendrez que cela n'est pas admissible et qu'il faut agir.

Les conseils locaux de santé mentale qu'a évoqués Mme la ministre jouent un rôle important sur notre territoire. Cependant, eu égard à la pénurie de psychiatres et de pédopsychiatres, on ne peut que s'interroger sur la prise en charge effective de l'ensemble des problèmes de santé mentale.

C'est la raison pour laquelle nous devons encourager le développement des parcours d'IPA, en nous assurant qu'une formation en matière de santé mentale est bien dispensée.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. Je vous remercie d'avoir évoqué les IPA, en faveur desquels vous connaissez mon engagement. Sur les 2 400 IPA que compte notre pays, 600 exercent en psychiatrie. De toute évidence, ce nombre n'est pas suffisant et il faut encore l'augmenter.

Nous savons combien l'intervention des IPA est efficace sur le terrain, en coordination avec les médecins traitants et les psychiatres du territoire. La qualité de la prise en charge et de l'accès aux soins s'en trouve améliorée. Compte tenu de ces éléments, vous pouvez compter sur mon engagement pour augmenter le nombre d'IPA formés dans notre pays.

Mme Rossignol a raison : l'accompagnement ne peut être utile que si la prise en charge concerne à la fois les enfants malades et leurs parents, notamment lorsqu'il s'agit d'adolescents.

Vous l'avez dit, l'année 2025 est celle de la santé mentale. Que cela ne nous fasse pas oublier l'année suivante, ainsi que celles qui précèdent. Je rappelle en effet que le financement, après avoir beaucoup diminué, a été largement rehaussé ces cinq dernières années. Encore une fois, il faut poursuivre les efforts qui ont été engagés en ce domaine.

La feuille de route sur la santé mentale et la psychiatrie doit nous permettre de mieux détecter les jeunes en difficulté et de leur proposer une meilleure prise en charge, afin d'assurer leur récupération et reconstruction. C'est précisément sur ce sujet que le Gouvernement travaille.

Par ailleurs, je souhaite relancer le comité interministériel sur la santé mentale. J'espère, dans ce cadre, pouvoir proposer des avancées très concrètes d'ici à la fin de l'année.

M. Sol l'a rappelé, la prise en charge diffère selon les départements. Cela peut être lié à plusieurs éléments, comme la démographie et l'engagement. Quelquefois, les projets sont conduits sur l'initiative des CPTS.

Il faut aussi pouvoir compter sur l'accompagnement des agences régionales de santé, qui sont capables de lancer une dynamique sur ces sujets.

Du reste, les différences de prise en charge peuvent aussi dépendre des compétences exercées par les départements.

Je ne doute pas que vous reviendrez sur cette question dans le cadre de ce budget.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n°783 rectifié.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n°1495 rectifié.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

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

L'amendement n°555 rectifié bis est présenté par Mme Deseyne, M. Milon, Mme Lassarade, M. de Nicolaï, Mme Richer, MM. Bonhomme, Panunzi, H. Leroy et Lefèvre, Mme Gosselin, M. Piednoir, Mme Bellamy, MM. Houpert et Burgoa, Mmes Muller-Bronn et Malet, M. Grosprerrin, Mmes Evren, Bonfanti-Dossat et Canayer, M. Genet, Mmes Aeschlimann et Pluchet et M. Gremillet.

L'amendement n°856 rectifié bis est présenté par MM. Iacovelli, Buis et Rambaud et Mmes Schillinger et Havet.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 20

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant l'impact de l'obésité sur les branches de sécurité sociale, notamment au regard des coûts associés à l'obésité et ses complications, des dépenses liées aux indemnités journalières et aux arrêts de travail, et des effets de cette pathologie sur les cotisations sociales. Ce rapport identifie les leviers de prévention et d'accompagnement susceptibles de limiter l'impact financier de l'obésité sur le système de protection sociale.

La parole est à Mme Chantal Deseyne, pour présenter l'amendement n°555 rectifié bis.

Mme Chantal Deseyne. Nous souhaiterions connaître l'impact de l'obésité sur l'ensemble de nos comptes sociaux, afin de mieux alerter le public, car nous ne disposons que d'informations relativement parcellaires sur ce sujet.

Ainsi, nous demandons au Gouvernement de nous remettre un rapport. Celui-ci permettra d'identifier les leviers de prévention et d'accompagnement de l'obésité.

Toutefois, je sais d'avance quel sera l'avis de la commission sur cet amendement, compte tenu de sa position constante. C'est pourquoi je le retire, monsieur le président.

M. le président. L'amendement n° 555 rectifié *bis* est retiré.

La parole est à M. Xavier Iacovelli, pour présenter l'amendement n° 856 rectifié *bis*.

M. Xavier Iacovelli. Pour ma part, je ne retirerai pas mon amendement, car je pense qu'il est très important d'avoir des données chiffrées sur les conséquences économiques et sociales de l'obésité.

L'obésité n'est pas seulement un problème de santé publique, elle a aussi des impacts significatifs sur notre système de protection sociale : elle augmente le nombre et la durée des arrêts de travail, complique la reprise d'activité et réduit la participation des individus concernés au financement des régimes sociaux.

Selon plusieurs études soutenues par la Ligue nationale contre l'obésité, le Collectif national des associations d'obèses (CNAO) et le Cercle de recherche et d'analyse sur la protection sociale (Craps), les coûts indirects de l'obésité – qui incluent les indemnités journalières, les arrêts de travail, les dépenses liées aux maladies chroniques et les pertes de production – représenteraient plusieurs milliards d'euros chaque année.

Hier, nous disions déjà que 125 milliards d'euros sont déboursés pour le traitement des maladies liées à l'obésité et au surpoids. En outre, les recettes de la sécurité sociale sont affectées en raison d'une activité professionnelle réduite et de parcours d'emploi plus discontinus.

Dans un contexte de prévalence croissante de l'obésité, il est essentiel de disposer d'une analyse complète et consolidée de son impact sur les dépenses et les recettes de notre système social.

Le rapport demandé permettra aux pouvoirs publics, notamment le Parlement et le Gouvernement, de mieux comprendre les déterminants économiques et sociaux de l'obésité. Il contribuera à identifier les leviers efficaces de prévention et d'accompagnement, afin de limiter le coût collectif de cette maladie.

Je rappelle que la Haute Autorité de santé et l'Organisation mondiale de la santé considèrent l'obésité comme une maladie multifactorielle. Or notre pays ne la reconnaît toujours pas comme affection de longue durée, si bien qu'elle n'est pas prise en charge à 100 % par la sécurité sociale.

Bref, ce rapport sera un outil de connaissance et de pilotage indispensable. Il nous aidera non seulement à agir de manière éclairée et stratégique contre l'obésité et ses conséquences économiques et sociales, mais aussi à soutenir notre modèle social.

Il est important que le législateur que nous sommes dispose de données fiables et chiffrées – j'insiste sur ce point, même si la commission émettra un avis défavorable.

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

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Je remercie Chantal Deseyne d'avoir retiré son amendement, malgré l'intérêt qu'elle porte au sujet de l'obésité. Nos collègues l'ont rappelé, l'obésité est un véritable enjeu de santé publique, mais pas seulement.

Je rappelle que l'assurance maladie développe des actions de prévention. En témoigne le dispositif « Mission : retrouve ton cap », qui vise à prévenir le surpoids et l'obésité chez les enfants et les jeunes adultes.

Il y a quelques années, l'assurance maladie n'était pas la seule à s'engager sur ces questions. Ainsi, la Mutualité sociale agricole (MSA) avait mis en place, dans les écoles, le programme « Bien manger, bien bouger », qui constituait une opération de sensibilisation très utile.

En outre – Mme la ministre en parlera sûrement –, le ministère chargé de la santé a publié en 2023 un rapport formulant plusieurs recommandations pour améliorer la prévention et la prise en charge de l'obésité en France.

Vous avez raison, il y a un sujet de prise en charge au quotidien des personnes obèses ou présentant un risque de morbidité important. L'accompagnement et le transport des individus concernés pour subir des examens, entre autres, peuvent poser problème.

Nous avons véritablement intérêt à nous pencher sur cette question, même si nous parlons de cas extrêmes. En attendant, les actions de sensibilisation dans les écoles doivent être plus fréquentes pour assurer que les enfants se nourrissent bien et bougent suffisamment et ne tombent pas dans l'obésité.

Je vous remercie de nous alerter sur l'ensemble de ces problèmes. Reste que la commission émet un avis défavorable.

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

Mme Stéphanie Rist, ministre. J'aurai l'occasion, en décembre prochain, de présenter les résultats de la feuille de route sur l'obésité que mes prédécesseurs avaient lancée l'été dernier, après avoir travaillé avec la médecin Judith Aron, une spécialiste du sujet.

Nous serons ainsi en mesure de renforcer l'offre, de mieux coordonner les parcours et d'améliorer la prise en charge des maladies associées, en ciblant en particulier les jeunes. Je sais l'intérêt que vous portez à ce sujet important.

Du reste, un travail est actuellement mené sur le transport des personnes en situation d'obésité. Je relève, cette année, qu'un nombre moins important d'amendements ont été déposés sur ce sujet. Cela montre que les acteurs se sont concertés pour avancer.

Compte tenu de ces éléments, le Gouvernement sollicite le retrait de cet amendement ; à défaut, il émettra un avis défavorable.

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

M. Bernard Jomier. Au travers de son amendement, Chantal Deseyne demande d'identifier des leviers de prévention. Je vous invite, chers collègues, à vous pencher sur le Nutri-score. Une abondante littérature scientifique a prouvé qu'il était efficace en matière de prévention.

M. Olivier Rietmann. Il est une catastrophe, vous voulez dire !

M. Bernard Jomier. Le Nutri-score n'est ni une interdiction ni une taxe. Je n'aurai pas la cruauté de vous rappeler que les groupes UC et Les Républicains ont voté, vendredi, par scrutin public, contre les amendements visant à rendre obligatoire l'affichage du Nutri-score.

Mme Sophie Primas. Pour de bonnes raisons !

M. Bernard Jomier. Je n'ai aucun problème avec votre demande de rapport. Néanmoins, celui-ci conclura que nous disposons déjà d'un outil qui fonctionne très bien. Bref, je vous invite à y réfléchir, mes chers collègues ! (*Mme Sophie Primas s'exclame.*)

M. le président. La parole est à Mme Marion Canalès, pour explication de vote.

Mme Marion Canalès. Il est évident qu'il faut des actions de sensibilisation, comme le dispositif « Bien manger, bien bouger », et des actions de prévention, comme le Nutri-score, qui constitue un parfait outil.

Mais n'oubliions pas les débats que nous avons eus dans la nuit de jeudi à vendredi concernant le sucre dans l'alimentation. Xavier Iacovelli est parfaitement cohérent avec l'amendement qu'il avait alors défendu, celui qui visait à instaurer une taxe sur les sucres ajoutés dans les produits alimentaires destinés aux nourrissons et aux enfants âgés de 1 à 3 ans.

Nous nous réjouissons que sa proposition ait été adoptée ; encore faut-il qu'elle soit maintenue au cours de la navette. Je rappelle toutefois que cet amendement ne concerne pas tous les produits alimentaires.

On aura beau inciter les enfants de 7 ans – ceux en classe de CE1 – à manger sainement et à bouger suffisamment, la responsabilité du sucre dans le fléau de l'obésité continuera d'exister. À cet égard, je regrette que le Sénat, au cours de ces débats, n'ait pas suffisamment avancé en matière de fiscalité comportementale pour faire bouger les industriels.

M. le président. La parole est à M. Xavier Iacovelli, pour explication de vote.

M. Xavier Iacovelli. En fin de compte, je vais retirer cet amendement, car je sais le sort qu'il lui sera réservé. Mme la rapporteure a raison d'affirmer que la prévention est nécessaire, mais il y a aussi du vrai dans ce que dit notre collègue Canalès : on aura beau mettre en place tous les dispositifs de prévention que l'on souhaite, celle-ci ne fonctionnera jamais si nous ne garantissons pas une alimentation saine.

Au-delà de cette question, le rapport que nous demandons permettrait d'évaluer les conséquences économiques de la prise en charge, éventuellement à 100 %, d'un certain nombre de maladies liées à l'obésité.

La question du transport des personnes obèses a été évoquée. Chantal Deseyne et moi-même étions allés visiter un centre destiné à la prise en charge des personnes atteintes d'obésité. À cette occasion, nous avions constaté qu'un trajet en ambulance bariatrique entre Montreuil et l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière, distants d'à peine six kilomètres, coûtait 1 600 euros : c'est un scandale !

Il y a un véritable travail à faire en ce domaine. Le Gouvernement doit s'engager non seulement à réguler ces transports, mais aussi à nous fournir les éléments économiques et sociaux de l'impact réel de l'obésité. Ce n'est que comme cela que nous pourrons mener les actions qui s'imposent pour lutter contre cette maladie.

M. le président. La parole est à Mme Laure Darcos, pour explication de vote.

Mme Laure Darcos. J'appelle votre attention, madame la ministre, sur le fait que, depuis trois ans, le dispositif « 30 minutes d'activité physique quotidienne », destiné à tous les élèves de l'enseignement primaire et secondaire, n'est absolument pas appliqué.

Ce dispositif visait, dans la veine de la préparation des jeux Olympiques, à sensibiliser les élèves au surpoids. On essaie d'ailleurs d'en faire autant vis-à-vis des parents, en organisant des jeux de piste qui ont lieu pendant le week-end.

Les professeurs qui se sont saisis du dispositif – sachant que ces trente minutes peuvent être fractionnées – considèrent que les enfants ont une bien meilleure concentration lors des activités scolaires. Pourtant, personne ne l'a mentionné : j'ai l'impression qu'il est passé aux oubliettes, noyé dans la pile des autres dispositifs.

En conséquence, soit nous le supprimons, soit nous l'imposons aux établissements scolaires, mais nous ne pouvons pas nous contenter d'un entre-deux.

M. le président. L'amendement n° 856 rectifié bis est donc retiré.

Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à quatorze heures trente.

La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à douze heures cinquante-cinq, est reprise à quatorze heures trente, sous la présidence de Mme Anne Chain-Larché.*)

PRÉSIDENCE DE MME ANNE CHAIN-LARCHÉ vice-présidente

Mme la présidente. La séance est reprise.

2

MISE AU POINT AU SUJET D'UN VOTE

Mme la présidente. La parole est à M. Olivier Henno.

M. Olivier Henno. Madame la présidente, lors du scrutin n° 38 sur les amendements identiques n°s 610 et 1005 tendant à supprimer l'article 9 *septies* du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, au cours de la séance du 21 novembre 2025, mon collègue Michel Canévet a été enregistré comme votant pour, alors qu'il souhaitait voter contre.

Mme la présidente. Acte est donné de cette mise au point, mon cher collègue. Elle figurera dans l'analyse politique du scrutin.

3

FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2026

Suite de la discussion d'un projet de loi

Mme la présidente. Nous reprenons l'examen du projet de loi, transmis en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution, de financement de la sécurité sociale pour 2026.

Dans la discussion des articles, nous en sommes parvenus, au sein de la troisième partie, à l'examen de l'article 20 bis.

Organisation des travaux

Mme la présidente. La parole est à M. le vice-président de la commission.

M. Alain Milon, vice-président de la commission des affaires sociales. Mes chers collègues, en ce dimanche 23 novembre après-midi, il nous reste 563 amendements à examiner.

À titre indicatif, si nous voulons parvenir à l'examen de l'article 45 bis relatif à la suspension de la réforme des retraites mardi 25 novembre à 19 heures, au plus tôt, nous devons passer, à partir de maintenant, à un rythme de 24 amendements par heure – c'est le rythme normal d'examen d'une troisième partie de projet de loi de financement de la sécurité sociale, conforme à celui que nous avons pris l'année dernière.

Or, depuis le début de l'examen du PLFSS, nous avons examiné 15,3 amendements par heure. Ce matin, le rythme est monté allègrement à 15,4 amendements par heure. (*Sourires.*)

Mme Corinne Imbert, rapporteure de la commission des affaires sociales pour l'assurance maladie. Quel excès de vitesse !

M. Alain Milon, vice-président de la commission des affaires sociales. Sans nier l'intérêt évident des sujets soulevés par nos amendements, il nous faut franchement accélérer si nous voulons examiner dans de bonnes conditions les articles très importants qui se trouvent à la fin de ce texte.

En tout état de cause, le Sénat ira au terme de l'examen du PLFSS. J'espère que, pour y parvenir, il ne sera pas nécessaire d'employer certaines procédures prévues par le règlement et évoquées en conférence des présidents par le président du Sénat.

J'invite donc chacun, y compris les rapporteurs et Mme la ministre, à exprimer ses idées avec concision.

Je vous souhaite à tous bon courage, et travaillons bien ! (*Applaudissements sur les travées des groupes Les Républicains, INDEP et RDPL.*)

Mme Frédérique Puissat. Bravo !

Article 20 bis (nouveau)

- ① L'article L. 3111-1 du code de la santé publique est complété par deux alinéas ainsi rédigés :
- ② « Les médecins généralistes sont autorisés à détenir et à conserver le vaccin contre la grippe saisonnière, en vue de son administration aux personnes relevant des recommandations vaccinales figurant au calendrier prévu au premier alinéa du présent article.
- ③ « Un décret en Conseil d'État précise les conditions de détention, de conservation et de traçabilité de ce vaccin. »

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements identiques.

L'amendement n° 83 est présenté par M. Henno.

L'amendement n° 645 est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 1598 rectifié est présenté par M. Pointreau, Mmes Bellurot et Muller-Bronn, MM. Cambon et P. Martin, Mme P. Martin, MM. Chasseing et Rojouan et Mme Belrhi.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Olivier Henno, pour présenter l'amendement n° 83.

M. Olivier Henno. Pour bien commencer, je ne dirai qu'un mot : défendu !

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure, pour présenter l'amendement n° 645.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Je remercie mon collègue Olivier Henno de son élégance.

Les articles 20 bis et 20 ter tendent à autoriser les médecins à conserver des vaccins dans leur cabinet médical afin de vacciner leurs patients. L'article 20 bis s'applique aux médecins généralistes et au vaccin contre la grippe, tandis que l'article 20 ter étend cette disposition à tous les médecins libéraux et à l'ensemble des vaccins.

L'objectif de l'article 20 bis est certes séduisant sur le papier, mais le sujet est plus complexe qu'il n'y paraît, car il soulève des difficultés techniques et logistiques.

Je veux aussi vous alerter sur le risque tenant aux conditions d'approvisionnement en vaccins. Les inspirateurs de cet article soutiennent qu'il a été possible de lever ces contraintes logistiques pendant la crise covid. Certes, mais la mesure était temporaire et elle s'inscrivait dans un contexte très particulier.

La reproductibilité de cette organisation, en dehors d'un contexte de crise, n'a rien d'évident et soulève des problématiques de sécurisation de la chaîne du médicament.

Par ailleurs, cette mesure conduirait *in fine* à une dispersion des stocks au moment même où l'on prévoit de créer de nouvelles obligations vaccinales. Il est quasiment certain qu'une telle situation favorisera les tensions sur les approvisionnements locaux.

J'invite chacun, notamment le Gouvernement, à bien peser ces éléments.

Enfin, le réseau des pharmacies d'officine assure encore, pour l'instant, une bonne couverture du territoire. Près de 20 % des officines sont aujourd'hui situées dans des communes de moins de 2 000 habitants, ce qui garantit un bon accès à la vaccination partout sur le territoire, puisque les pharmaciens peuvent acquérir la compétence vaccinale, à condition de suivre une formation.

J'insiste aussi sur le fait que le vaccin contre la grippe est commandé par les pharmacies dès le mois de février. Il est ensuite fabriqué, et chaque année, la production s'arrête au mois de juin. Or il y a quelques années, nous avons manqué de vaccins contre la grippe. Ainsi, une dispersion des stocks de vaccins serait problématique, car nous ne pourrions pas en refaire fabriquer à l'automne.

Je souscris évidemment à l'objectif de simplification du parcours et d'amélioration de la couverture vaccinale. Mais au-delà de la question de la chaîne du froid, j'insiste sur le risque de la dispersion des stocks.

« Chacun son métier », vous aurais-je sans doute répondu il y a dix ans. Mais la covid est passée par là et a mobilisé l'ensemble des professionnels de santé, dans l'intérêt des patients.

Je trouve assez regrettables les polémiques qui opposent les professionnels de santé entre eux pour savoir qui devrait conserver et administrer le vaccin. L'essentiel, c'est que la couverture vaccinale s'améliore.

Nous proposons donc de supprimer l'article 20 bis.

Évitons d'en faire l'objet d'une querelle de chapelles. Surtout, nous ne pourrions accepter que les obligations de conservation des vaccins s'imposent à certains professionnels et non à d'autres.

Mme la présidente. La parole est à M. Rémy Pointereau, pour présenter l'amendement n° 1598 rectifié.

M. Rémy Pointereau. Je vais suivre les consignes du président Milon en considérant que cet amendement a été parfaitement défendu par Mme la rapporteure.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées. Cet article a été introduit par voie d'amendement à l'Assemblée nationale, afin de répondre à la demande de certains médecins, pour plus de praticité.

Lorsqu'un malade se fait prescrire un vaccin par son médecin, il reprend généralement un second rendez-vous, occupant ainsi la place d'un potentiel autre patient, pour se faire vacciner, alors qu'une infirmière, une sage-femme ou un pharmacien pourrait réaliser cet acte.

Si la condition du respect de la chaîne du froid est remplie et que les conditions de sécurité sont préservées, rien ne s'oppose à ce que les vaccins soient conservés chez le médecin.

J'émet donc un avis défavorable sur ces amendements de suppression.

Mme la présidente. La parole est à Mme Anne Souyris, pour explication de vote.

Mme Anne Souyris. « Chacun son métier », certes. Cependant, depuis la crise covid, les tâches ont été davantage partagées. En particulier, nous avons permis aux pharmaciens de vacciner des patients, ce qu'ils ne faisaient pas auparavant. Et pendant la crise, les médecins étaient autorisés à stocker des doses de vaccin, malgré des conditions de conservation bien plus complexes à respecter que pour le vaccin contre la grippe au regard des exigences de respect de la chaîne du froid.

Je ne comprends donc pas ce qui s'oppose à la pérennisation de cette mesure. Dans tous les cas, rien n'obligerait les médecins à stocker des vaccins dans leur cabinet : ils y seront simplement autorisés, si je ne me trompe pas !

Faciliter et simplifier le parcours vaccinal me paraît essentiel si nous voulons qu'une majorité de la population fragile et des professionnels de santé soient vaccinés. Autrement, nous n'y arriverons pas. Pour l'instant, nous sommes très loin de notre objectif en la matière. Aussi, tout ce qui relève de la facilitation est une bonne chose.

Madame la rapporteure, j'entends votre argument concernant l'éparpillement des réserves de vaccins. Mais actuellement, les stocks sont déjà dispersés dans les pharmacies, puisque, heureusement, la France compte – encore – beaucoup d'offices. Certes, la dispersion serait plus impor-

tante, mais elle est déjà une réalité. L'essentiel est de savoir précisément où se trouvent les vaccins. Des référents de pharmacie pourraient être désignés à cet effet, mais c'est surtout une question d'organisation.

Pour l'heure, l'enjeu principal est de simplifier enfin le parcours vaccinal. Nous sommes donc favorables à cet article et opposés à ces amendements identiques de suppression.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Je ne crois pas que l'adoption de cet article conduirait l'ensemble des médecins à conserver des vaccins dans leur cabinet. En effet, Mme la rapporteure a rappelé à juste titre qu'un ensemble de conditions doit être respecté pour stocker ces vaccins : tous les cabinets de médecin ne chercheront pas à s'y conformer.

En revanche, il est indéniable qu'une bonne couverture vaccinale repose sur la disponibilité des doses et la simplification du parcours vaccinal.

Cet article soulève donc une bonne question.

Faut-il le modifier ? Oui, sans doute. Beaucoup de mes collègues ont d'ailleurs déposé des amendements en ce sens.

Faut-il pour autant tirer un trait sur cette proposition ? Je ne le crois pas. En réalité, je comprends mal pour quelles raisons on voudrait l'écartier, car la redistribution des tâches entre les professionnels de santé est une très bonne chose. Le champ de compétences des pharmaciens, jusqu'ici insuffisamment valorisé, a été reconnu. Ce mouvement est également en cours du côté des infirmières, notamment grâce à la loi sur la profession d'infirmier que nous avons votée au printemps 2025, malgré un certain retard.

L'article 20 bis vise non pas à élargir une compétence, mais à permettre une plus grande praticité. La plupart des médecins conservent sans doute dans leur réfrigérateur, à destination de leurs patients, et sans le moindre contrôle, des vaccins provenant directement d'une pharmacie. Et pendant la crise covid, cette organisation a très bien fonctionné.

Je regrette donc que, au travers de vos amendements de suppression, vous fermiez la porte à cette proposition et que vous empêchez les médecins de conserver des vaccins dans leur cabinet médical, sous conditions.

Mme la présidente. La parole est à Mme Céline Brulin, pour explication de vote.

Mme Céline Brulin. Je trouve également que l'article 20 bis permet de faciliter et d'augmenter la vaccination, ce qui est notre objectif.

Madame la rapporteure, un certain nombre de professionnels nous demandent de pérenniser des modèles d'organisation expérimentés pendant la crise covid. En effet, cette situation nous a conduits à assouplir certaines règles par souci d'efficacité. Peut-être faudrait-il en tirer toutes les leçons et ne pas fermer cette porte...

J'ai d'ailleurs cosigné, avec les sénateurs de mon groupe, un amendement à cet article visant à élargir aux infirmiers la possibilité de conserver des vaccins dans leur cabinet. En effet, nous aurions pu utiliser leur capacité à vacciner à bon escient pour élargir la couverture vaccinale.

Je parle au conditionnel, car je sais ce qui va advenir de cet article. Il aurait été utile d'élargir cette compétence aux infirmiers, car beaucoup d'entre eux s'inquiètent des décrets d'application de la loi sur la profession d'infirmier. Celle-ci

devait élargir leurs compétences, en leur permettant par exemple de réaliser des consultations et des diagnostics. Malheureusement, pour l'heure, les décrets s'éloignent assez fortement de l'esprit de la loi en ne s'y montrant guère fidèles, alors qu'elle avait été adoptée à l'unanimité par notre assemblée.

Je suis donc favorable à cet article. Plus encore, j'estime que nous aurions pu élargir cette possibilité à d'autres professionnels.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n° 83, 645 et 1598 rectifié.

(*Les amendements sont adoptés.*)

Mme la présidente. En conséquence, l'article 20 bis est supprimé, et les amendements n° 834 rectifié bis et 146 rectifié bis, les amendements identiques n° 147 rectifié bis et 1332 rectifié bis, les amendements n° 545 et 1190, les amendements identiques n° 397 rectifié bis, 564 rectifié bis et 1775 rectifié ainsi que les amendements n° 565 rectifié bis et 1578 rectifié bis n'ont plus d'objet.

Article 20 ter (nouveau)

- ① Après l'article L. 4211-3 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4211-3-1 ainsi rédigé :
- ② « *Art. L. 4211-3-1. – Sans préjudice de l'article L. 4211-3, tout médecin peut détenir des vaccins sur son lieu d'exercice afin de pouvoir procéder à la vaccination des patients qui en font la demande.* »

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements identiques.

L'amendement n° 84 est présenté par M. Henno.

L'amendement n° 646 est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 1605 rectifié est présenté par M. Pointereau, Mmes Bellurot et Muller-Bronn, MM. Cambon et P. Martin, Mme P. Martin, M. Rojouan, Mme Belrhit et M. Chasseing.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Olivier Henno, pour présenter l'amendement n° 84.

M. Olivier Henno. Il est défendu.

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure, pour présenter l'amendement n° 646.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Les arguments sont les mêmes que pour les amendements précédents.

J'ajouterais seulement que, hormis les vaccins contre la covid et la grippe, tous les vaccins sont soumis à prescription médicale obligatoire, et donc à une sérialisation par les pharmaciens d'officine – sans même parler des conditions de conservation.

Pour ces raisons, je demande la suppression de l'article.

Mme la présidente. La parole est à M. Rémy Pointereau, pour présenter l'amendement n° 1605 rectifié.

M. Rémy Pointereau. Il est défendu.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Le Gouvernement s'en remet à la sagesse de la Haute Assemblée, au regard du vote sur les amendements précédents, que je regrette.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n° 84, 646 et 1605 rectifié.

(*Les amendements sont adoptés.*)

Mme la présidente. En conséquence, l'article 20 ter est supprimé, et les amendements n° 1340 rectifié bis, 877 et 835 rectifié bis n'ont plus d'objet.

Article 20 quater (nouveau)

- ① Après le 4° du II de l'article L. 162-58 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 4° bis ainsi rédigé :
- ② « 4° bis Les modalités d'application du tiers payant pour les séances mentionnées au I, afin de permettre aux patients d'être dispensés de l'avance de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie ; ».

Mme la présidente. L'amendement n° 647, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 2

1° Après le mot :

payant

insérer les mots :

sur la part des dépenses prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie

2° Après la référence :

I

supprimer la fin de cet alinéa.

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. C'est un amendement rédactionnel.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Avis favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 647.

(*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 20 quater, modifié.

(*L'article 20 quater est adopté.*)

Article 20 quinques (nouveau)

Le deuxième alinéa de l'article L. 162-59 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « L'inscription de produits contenant des substances contaminantes et cancérogènes, mutagènes, reprotoxiques ou perturbatrices avérées ou suspectées est interdite. »

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 86 est présenté par M. Henno.

L'amendement n° 648 est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Olivier Henno, pour présenter l'amendement n° 86.

M. Olivier Henno. Il est défendu.

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure, pour présenter l'amendement n° 648.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet article est déjà satisfait par la législation en vigueur. En effet, l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, qui a créé le dispositif de prise en charge des protections périodiques réutilisables pour les personnes assurées de moins de 26 ans et les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, prévoit que les critères tiennent compte des normes relatives à la composition des produits visant à assurer leur non-toxicité pour la santé et l'environnement.

Cet article ne répond donc pas à un défaut de la loi, mais, possiblement, à un retard d'action : en effet, depuis l'entrée en vigueur de la LFSS pour 2024, aucun décret d'application n'a été publié sur ce point. Pourtant, cette mesure avait été réintroduite dans le texte sur l'initiative du Gouvernement.

Nous proposons donc de supprimer cet article.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Avis favorable.

Mme la présidente. La parole est à Mme Anne Souyris, pour explication de vote.

Mme Anne Souyris. Au préalable, je veux indiquer que je comprends que nous devions accélérer le rythme de nos débats, mais j'aurais souhaité pouvoir intervenir plus tôt...

Cet article vise à mettre fin à une anomalie : l'exposition spécifique des femmes et des personnes menstruées à des substances contaminantes, cancérogènes, mutagènes, repro-toxiques (CMR) ou à des perturbateurs avérés ou suspectés dans les protections périodiques réutilisables prises en charge par la sécurité sociale.

Le magazine *60 millions de consommateurs* relevait en 2023 la présence de substances chimiques toxiques dans vingt-quatre produits testés. Des traces de nanoparticules d'argent et de substances perfluoroalkylées et polyfluoroalkylées (PFAS) ont ainsi été retrouvées dans les culottes menstruelles.

L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) a également confirmé la présence de résidus de produits toxiques tels que le glyphosate, les dioxines et les composés organiques halogénés dans diverses protections menstruelles.

Certes, aucune recherche, à ce jour, n'a prouvé la dangerosité de telles expositions simultanées pour l'être humain. Mais cette absence de preuves tient davantage aux lacunes de la recherche médicale, longtemps structurée par un androcentrisme historique, qu'à l'innocuité d'une exposition répétée de nos muqueuses vulvaires et vaginales à ces substances. Si la médecine est le reflet de la société, interroger ses méthodes devient une condition sine qua non de son amélioration.

Ayons donc le courage de déconstruire la médecine de ses biais sexistes. Et commençons dès maintenant, en appliquant le principe de précaution et en interdisant la présence de substances toxiques dans les protections périodiques réutilisables prises en charge par la sécurité sociale.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Stéphanie Rist, ministre. Le décret est en cours d'élaboration. Il permettra la prise en charge des protections périodiques pour les personnes les plus défavorisées.

Nous menons actuellement des concertations avec l'Anses pour que soient inscrits dans le cahier des charges des critères relatifs à l'absence de substances dangereuses – ou potentiellement dangereuses – dans ces produits.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 86 et 648.

(*Les amendements sont adoptés.*)

Mme la présidente. En conséquence, l'article 20 *quinquies* est supprimé.

Article 20 *sexies* (nouveau)

- ① L'article 43 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé est ainsi modifié :
- ② 1° Le I est ainsi modifié :
- ③ a) Au premier alinéa, l'année : « 2025 » est remplacée par l'année : « 2027 » ;
- ④ b) Après le même premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ⑤ « Le ministre chargé de la santé arrête la liste des territoires participant à l'expérimentation, dans la limite de deux régions. » ;
- ⑥ c) La première phrase du second alinéa est complétée par les mots : « , qui peuvent permettre l'hébergement de ces usagers » ;
- ⑦ 2° Après le mot : « sur », la fin du IV est ainsi rédigée : « l'amélioration des parcours de prise en charge des usagers et de la tranquillité publique. »

Mme la présidente. L'amendement n° 1510 rectifié *bis*, présenté par M. Le Rudulier, Mme Dumont, MM. Khalifé, Rochette, Sido et Séné, Mme Lopez et MM. H. Leroy, Ravier et Panunzi, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Khalifé Khalifé.

M. Khalifé Khalifé. Je suis cosignataire de cet amendement de M. Le Rudulier.

Sans remettre en cause – loin de là – l'intérêt des haltes soins addictions (HSA), j'aurais souhaité savoir ce que sont devenues les expérimentations lancées en 2016. Alors qu'ils étaient cantonnés à Strasbourg et à Paris, ces dispositifs ont été mis en place dans d'autres villes, à la sauvette, notamment à Marseille.

Madame la ministre, je souhaiterais en savoir davantage. Le sujet est grave, à tout point de vue. Dans un contexte de changement de physionomie du narcotrafic, nous devons nous saisir de ce sujet.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Vous avez raison : c'est un sujet important. Vous proposez de supprimer l'article 20 *sexies*, qui tend à pérenniser l'expérimentation des haltes soins addictions.

Toutefois, si nous ne prolongeons pas cette expérimentation, nous priverons de soins les usagers de ces haltes, ce qui serait regrettable.

Cette expérimentation a été autorisée en 2016 – on parlait alors de salles de consommation à moindre risque. Elle a ensuite été prolongée une première fois en 2022, et elle doit désormais prendre fin au 31 décembre 2025.

Les rapports d'évaluation publiés ces derniers mois soulignent un bilan globalement positif des haltes soins addictions. Je suis bien consciente que c'est l'effet de ces centres sur leur voisinage que vous souhaitez aborder. Mais l'interruption de l'expérimentation me paraît dommageable.

Pour cette raison, la commission émet un avis défavorable sur votre amendement de suppression.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Ce sujet doit être abordé avec précaution tant il est complexe.

Lorsque j'ai pris mes fonctions, j'ai rapidement été alertée, notamment par plusieurs parlementaires, de la fin prochaine de cette expérimentation. Je me suis donc intéressée aux évaluations disponibles – elles sont nombreuses.

D'une part, des études ont été réalisées sur l'effet de ces lieux sur la santé publique. Là, il n'y a pas photo : le nombre de décès par overdose, d'overdoses sur la voie publique, d'endocardites – des infections du cœur –, de passages aux urgences et la part de surdosage, qui passe de 11 % à 7 %, est en diminution.

Ces évaluations, nombreuses et bien faites, ne laissent aucun doute : pour la santé publique, c'est-à-dire pour les consommateurs, l'utilité de la pérennisation de ce dispositif est indéniable.

D'autre part, l'effet de ces lieux sur la tranquillité publique a aussi été évalué. Le nombre de seringues retrouvées sur les trottoirs aux alentours de ces centres est passé de 150 à moins de 10 par jour, ce qui témoigne d'une réduction des consommations dans l'espace public.

J'ai interrogé le ministre de l'intérieur pour m'enquérir d'éventuelles remontées sur ce sujet. Il m'a confirmé une diminution des troubles à l'ordre public.

Cela signifie-t-il que les haltes soins addictions ont réglé tous les problèmes ? À l'évidence, non. Il arrive encore de retrouver des seringues sur le trottoir quand on emmène ses enfants à l'école.

La question n'est pas simple. Mais on ne peut pas mettre fin à une expérimentation qui a permis une diminution du nombre de décès ou de graves maladies.

Des améliorations doivent encore être apportées. D'ailleurs, cet article vise non pas à pérenniser l'expérimentation, mais seulement à la poursuivre, car nous devons encore l'adapter. Par exemple, certains centres suscitent moins de mécontentement dans le voisinage que d'autres. Il s'agit donc de s'inspirer de leur modèle.

Il nous reste du travail à accomplir. Il faut aussi remercier les associations et les professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de ces publics. Et n'oublions pas que derrière les personnes toxicomanes, il y a des familles très abîmées et des histoires dramatiques. Il faut y penser.

Mme la présidente. La parole est à M. Khalifé Khalifé, pour explication de vote.

M. Khalifé Khalifé. Madame la ministre, je vous remercie de toutes ces explications.

La proposition de supprimer cet article est sans doute un peu provocatrice, je le reconnaiss. Cependant, cet amendement a été l'occasion, pour cette belle assemblée, de débattre de ce sujet dans une atmosphère plus calme que ce que nous aurions pu imaginer.

Nous attendons donc une mise au point rapide de votre part à l'issue de cette première étape pour corriger les éléments nécessaires et étendre possiblement ce dispositif à d'autres villes.

Je retire donc mon amendement.

Mme la présidente. L'amendement n° 1510 rectifié bis est retiré.

L'amendement n° 957 rectifié, présenté par Mmes Evren et Joseph, MM. Khalifé, Grospperrin, Karoutchi et Panunzi, Mmes Aeschlimann et Bellurot, MM. Séné et Naturel, Mmes Dumas et Malet, M. Piednoir, Mme Canayer, MM. Brisson, Klinger et Genet et Mmes Di Folco, Dumont, Bonfanti-Dossat, Bellamy et Schalck, est ainsi libellé :

I. – Après l'alinéa 6

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

...) La seconde phrase du même second alinéa est supprimée.

II. – Pour compenser la perte de recettes résultant du I, compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du présent article est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

La parole est à Mme Agnès Evren.

Mme Agnès Evren. Madame la ministre, j'ai bien entendu vos propos.

En tant qu'élue de Paris, je suis défavorable aux salles de shoot et à leur pérennisation, même si, bien évidemment, la réduction des risques est absolument utile.

Les haltes soins ne soignent pas : elles entretiennent les toxicomanes dans la dépendance et dans l'addiction (*Protestations sur les travées du groupe SER*), car, du point de vue sanitaire, elles n'offrent pas de véritable prise en charge vers la désintoxication, le sevrage ou la sortie de la rue.

De plus, selon le rapport de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca), ces haltes concentrent les troubles dans des quartiers déjà fragilisés en créant des abcès de fixation et en attirant de nouveaux publics en errance et en grande difficulté sociale, qui ne se rendraient pas dans le quartier sans la présence de cette salle de consommation.

Le quartier de l'hôpital Lariboisière à Paris est devenu un véritable enfer pour les riverains. Depuis neuf ans, ceux-ci dénoncent les trafics qui prospèrent, l'installation de toxicomanes et de dealers, les agressions, les hurlements et les bagarres. Cette halte soins est un marché du crack à ciel ouvert, où l'insécurité règne jour et nuit et où la cohabitation entre usagers et riverains donne lieu à des tensions.

Alain Milon, qui était rapporteur du projet de loi de modernisation de notre système de santé qui a donné naissance à cette expérimentation, le disait lui-même : l'expérience strasbourgeoise n'a rien à voir. Elle est plus positive, parce que des soins sont organisés dans des centres fermés par des médecins et des addictologues, en zone non habitée. Il n'y a pas de riverains aux abords de cette salle, où est dispensée une véritable prise en charge sanitaire, sociale et psychiatrique.

C'est la raison pour laquelle je soutiens la suppression de cette mesure.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. J'entends les problématiques que vous évoquez, même si je connais bien moins que vous la ville de Paris.

Permettez-moi toutefois de souligner que cet article vise non pas à pérenniser l'expérimentation, mais seulement à la prolonger. Il serait dommage d'y mettre un terme, au vu de ses effets sur la santé publique.

J'espère qu'un bilan complet de l'expérimentation sera réalisé. Il nous faut entendre les réactions que suscitent les haltes soins addictions dans le voisinage.

Il est donc nécessaire de prolonger cette expérimentation. Le Gouvernement, je l'espère, fera un bilan objectif tant sur son impact sur la santé publique que sur ses effets de bord.

La commission demande le retrait de cet amendement. À défaut, l'avis sera défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Mesdames, messieurs les sénateurs, je ne dispose pas encore d'autres chiffres que ceux que je vous ai indiqués, notamment en ce qui concerne le nombre de désintoxications que ces centres ont permis. C'est pour cette raison qu'il faut poursuivre l'expérimentation.

L'un des centres fonctionne moins bien que l'autre. Il faut étudier plus précisément ce qui s'y passe, afin de résoudre le problème pour l'ensemble de nos concitoyens. Les enjeux de santé publique l'emportent.

L'avis est donc défavorable.

Mme la présidente. La parole est à Mme Anne Souyris, pour explication de vote.

Mme Anne Souyris. Vous n'êtes peut-être pas au courant, monsieur Khalifé, mais les centres « à la sauvette » n'existent pas. Il n'y a que deux salles de consommation à moindre risque en France, deux HSA, l'une à Strasbourg, l'autre à Paris.

M. Khalifé Khalifé. Et à Marseille !

Mme Anne Souyris. Il n'y en a pas à Marseille, renseignez-vous : malgré la volonté d'en créer une, il n'y en a pas – nous pourrions d'ailleurs aborder le sujet plus longuement si vous le souhaitez.

L'expérimentation, qui dure depuis dix ans, porte exclusivement sur deux centres. Cela pose d'ailleurs un problème, car à Paris, pour l'ensemble des usagers de drogue à la rue, en grande déshérence, une seule salle ne suffit évidemment pas. Nous devrions plutôt avoir une discussion sur ce point.

Mme Evren argue que la salle de Lariboisière est une catastrophe intersidérale. Mais je peux ajouter aux propos de Mme la ministre que les résultats sont suffisamment bons pour que la maire actuelle de l'arrondissement recueille davantage de suffrages dans les bureaux de vote voisins de l'hôpital qu'avant l'ouverture de la salle. Cela signifie que les vrais riverains de cette salle, et non ceux qui viennent de partout pour dire n'importe quoi (*M. Olivier Rietmann proteste.*), trouvent que les choses vont dans le bon sens.

Je ne peux pas laisser dire qu'à Paris il n'y a pas de médecin dans la salle de consommation à moindre risque. Sur le même modèle que celle de Strasbourg, elle est dirigée par un médecin et des soignants sont présents en permanence.

Mme la présidente. Il faut conclure, ma chère collègue.

Mme Anne Souyris. Il est très important de préserver l'existence de cette salle.

Mme la présidente. La parole est à M. Rémi Féraud, pour explication de vote.

M. Rémi Féraud. Notre débat est sérieux : nous sommes au Sénat, en train d'examiner le budget de la sécurité sociale, et non en train de faire la campagne de Mme Dati.

Mme Agnès Evren. Quel rapport avec Mme Dati ? Je n'en ai pas parlé !

M. Rémi Féraud. Madame Evren, le seul objet de votre amendement est de faire campagne pour Mme Dati. (*Protestations sur les travées du groupe Les Républicains.*)

Mme Agnès Evren. Arrêtez la politique politicienne et les polémiques à deux balles !

M. Rémi Féraud. D'ailleurs, vous dites que vous êtes contre les salles de shoot, mais pour la réduction des risques. Non : si l'on veut réduire les risques, il faut assumer de défendre ces centres.

C'est lorsque j'étais maire du X^e arrondissement et Bernard Jomier adjoint au maire de Paris chargé de la santé que nous avons voulu ouvrir, dans l'enceinte de l'hôpital Lariboisière, une salle de consommation de drogue à moindre risque.

Il n'y a que deux salles de ce type en France : l'une à Strasbourg, l'autre à Paris. Leur implantation n'est pas identique, car l'urbanisme diffère entre les deux villes, mais leurs résultats sanitaires sont les mêmes, madame la ministre, et ces centres fonctionnent de la même manière.

Tous les rapports d'évaluation de ces centres sont positifs, non seulement en matière de santé, mais également pour ce qui est de la tranquillité publique. Tout le monde le sait : fermer ces salles serait un véritable recul pour la santé publique et une catastrophe pour la tranquillité publique.

La démocratie, ce n'est pas trois trolls sur Twitter ! Ce sont les citoyens ; c'est le débat rationnel, l'évaluation des expérimentations. (*Mme Sophie Primas proteste.*) Toutes les évaluations sont positives. Madame la ministre, nous attendons toujours le rapport du Gouvernement que votre prédécesseur nous avait promis pour le mois de juin dernier.

Dans cette attente, je me réjouis de l'introduction de cet article par l'Assemblée nationale : il permettra aux salles de Strasbourg et de Paris de poursuivre leur activité. Néanmoins, nous demandons toujours leur véritable pérennisation, avec des moyens supplémentaires si vous le souhaitez, madame la ministre. (*Applaudissements sur les travées du groupe SER. – Mme Cathy Apourceau-Poly applaudit également.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Marion Canalès, pour explication de vote.

Mme Marion Canalès. Ce qu'on appelle « haltes soins addictions » – et non « salles de shoot », expression qui renvoie à un autre imaginaire que celui de l'accompagnement, de la prévention et de la réduction des risques – est un dispositif encadré, ultra-contrôlé. Cette expérimentation a été prolongée à plusieurs reprises.

Dans ces centres, des personnels en première ligne accompagnent les consommateurs et les patients sans savoir, à la fin de chaque année, s'ils pourront continuer d'accomplir ce travail.

L'existence de ces centres permet d'éviter soixante et onze passages aux urgences par jour, ce qui est important, y compris compte tenu des tensions dans ces services que nous mentionnons souvent.

Dès 2012, des maires de toutes les couleurs politiques – Jean-Claude Gaudin, Alain Juppé... – ont mis le doigt sur la nécessité de mener des actions en matière de prévention et de réduction des risques.

Des expérimentations ont eu lieu à Paris et à Strasbourg. Aujourd'hui, je me réjouis des propos de Mme la ministre, mais sa parole est écrasée par celle du ministère de l'intérieur. La loi visant à sortir la France du piège du narcotrafic a été votée à l'unanimité par le Sénat ; il faut désormais un acte II consacré à la prévention, à la réduction des risques et à l'accompagnement.

Nous avons besoin d'entendre une parole forte. Les haltes soins addictions sont l'une des solutions pour accompagner les usagers. Leurs bénéfices sont nombreux, en matière tant de santé publique que de sécurité et de tranquillité publiques : sans elles, les usagers étaient contraints de consommer en scène ouverte, dans la rue, aux yeux de tous les riverains.

Cet article prolonge l'expérimentation pour deux ans, mais nous demandons bien entendu la pérennisation du dispositif.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Comme Rémi Féraud l'a rappelé, j'étais adjoint en charge de la santé lors de l'ouverture de la salle à Paris. L'objectif était alors double et il n'a pas changé : la réduction des risques, tant pour les usagers que pour les riverains. En effet, nous ne pouvons accepter d'abandonner ni les uns ni les autres.

Rappelons-le, les usagers de ces centres sont en très grande difficulté. Une HSA s'occupe de ce que j'appellerai le très bas seuil : elle s'adresse à des personnes qui sont incapables d'arrêter leur consommation dans l'immédiat.

Ne faisons pas aux soignants qui y travaillent l'injure de feindre qu'ils ne recherchent pas l'arrêt de la consommation. Tout leur travail consiste d'abord à assurer une consommation sécurisée, puis à aider les usagers à sortir de cette consommation. Mais ce parcours est très long.

Toutes les salles similaires dans le monde – on en compte environ 150 – présentent à peu près les mêmes caractéristiques. C'est la première marche d'un parcours : au lieu d'avoir lieu dans la rue, au risque de voir des seringues au sol devant les écoles, la consommation se fait dans une salle où se trouvent des soignants et des travailleurs sociaux.

La salle de Paris fonctionne très bien. Je suis très tranquille à ce sujet : les évaluations, qu'elles soient sanitaires – madame la ministre en a parlé – ou relatives à la tranquillité publique pour les riverains, sont bonnes.

Madame Evren, j'ai lu avec beaucoup d'attention l'exposé des motifs de votre amendement. Vous mentionnez les opinions de « certains riverains », mais regardez les évaluations que font une foultitude d'organismes et d'institutions sanitaires, avec dix ans de recul : ils disent que ces salles fonctionnent, même si elles ne peuvent pas répondre à elles seules au problème de la drogue dans notre pays. Il est impossible de se sevrer du jour au lendemain : se rendre dans ces salles, c'est être au début d'un long parcours.

Je n'ai qu'un seul regret. Quand j'ai présenté la délibération sur ce sujet devant le Conseil de Paris, j'ai insisté sur le fait que cette salle ne devait pas rester seule. En effet, il peut y

avoir des phénomènes de regroupement dans les alentours. Toutefois, notre seule lâcheté, depuis dix ans, c'est de ne pas avoir autorisé l'ouverture d'autres salles, alors que les adjoints de Jean-Claude Gaudin et d'Alain Juppé le demandaient.

Mme la présidente. La parole est à M. Ronan Dantec, pour explication de vote.

M. Ronan Dantec. Mercredi dernier, le Sénat a observé une minute de silence à la mémoire de Mehdi Kessaci. Son frère, dans des propos très dignes, a dit : « Il ne faut pas se résoudre à la disparition des services publics. »

Ces salles sont la noblesse du service public : elles visent à ne pas laisser les choses en l'état, à proposer des solutions, des parcours.

Alors que la France lutte contre le narcotrafic, je rappelle que, dans les années 1970, en Italie, la mafia assassinait ceux qui accompagnaient les toxicomanes et leur proposaient des parcours de sortie de la toxicomanie. Ils étaient les ennemis de la mafia.

Aujourd'hui, de la même manière, ces salles, qui incarnent la capacité du service public à proposer des parcours de sortie, sont clairement les ennemis des narcotrafiants et des mafias qui se sont installés en France.

Le plus souvent, je fais attention à mesurer mes propos, mais, madame Evren, les vôtres me semblent totalement indignes : vous alimentez des fantasmes en dehors de toute évaluation sérieuse.

Mme Frédérique Puissat. N'importe quoi !

M. Ronan Dantec. Ne pas reculer, c'est justement dire que nous ne nous résignons pas et que le service public est plus fort. M. Jomier a utilisé le terme de lâcheté ; fermer ces salles serait effectivement une lâcheté vis-à-vis des narcotrafiants.

Mme la présidente. La parole est à Mme Frédérique Puissat, pour explication de vote.

Mme Frédérique Puissat. Autant certains collègues tiennent des propos très posés et permettent un débat plutôt intéressant, autant d'autres mériteraient sans doute un rappel au règlement !

Revenons au fond des choses : la commission des affaires sociales a publié en juillet dernier un rapport d'information intitulé *Opioïdes en France : état des lieux, risques émergents et stratégies de prévention*. Lors de son examen, j'avais précisé qu'il fallait être vigilants et que l'expérimentation devait marcher sur deux jambes : la santé et la sécurité.

Il ne s'agit pas de questions politiciennes et je remercie Agnès Evren d'avoir bien posé les termes du débat. À l'époque, le ministre de la santé, Yannick Neuder, et celui de l'intérieur, Bruno Retailleau, n'avaient pas tout à fait le même point de vue.

Il est normal d'aborder le sujet sur ces deux jambes. Madame la ministre, je regrette que nous examinions ce sujet dans le cadre du PLFSS, sans pouvoir prendre en compte sa dimension sécuritaire, ce qui aurait pu nous permettre d'alimenter nos débats.

En conséquence, je voterai en faveur de cet amendement.

Mme la présidente. La parole est à M. le vice-président de la commission.

M. Alain Milon, vice-président de la commission des affaires sociales. Notre débat ne doit être ni la campagne de Mme Dati, ni celle du candidat ou de la candidate qui remplacera Mme Hidalgo. (Mme Sophie Primas applaudit.)

Ce serait dramatique pour les patients – ceux qui se droguent deviennent, à un moment ou à un autre, des gens qu'il faut soigner.

L'expérimentation a été décidée dans le cadre de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, défendue par Mme Touraine, dont j'étais le rapporteur au Sénat. Avec Marisol Touraine, nous avons fait adopter plusieurs amendements qui visaient à préciser que les salles de shoot devaient se trouver en milieu hospitalier et être dirigées et animées par des médecins et des infirmiers spécialistes de l'addictologie.

Le Sénat a voté cette loi à l'unanimité et je regrette que seulement deux sites d'expérimentation aient vu le jour. Il semble que l'un d'eux ne marche pas très bien, quand l'autre, celui de Strasbourg, fonctionne relativement bien.

Il faut donc élargir l'expérimentation, notamment à Marseille, où la situation est vraiment délicate. Des spécialistes en addictologie doivent suivre ces patients, car c'est en les suivant et en discutant avec eux qu'ils peuvent les amener à se faire guérir.

Je ne voterai donc pas en faveur de l'amendement visant à supprimer l'expérimentation : sans salles de shoot, les drogués se promèneraient dans la rue et se fourniraient n'importe où, au mépris de leur santé. (*Applaudissements sur des travées des groupes SER et GEST.*)

Mme Marion Canalès. Bien sûr !

Mme la présidente. La parole est à Mme Agnès Evren, pour explication de vote.

Mme Agnès Evren. Monsieur le vice-président, je suis tout à fait sensible à vos propos et j'avais d'ailleurs bien pris soin de distinguer l'enjeu sanitaire – il faut évidemment réduire les risques – du point de vue sécuritaire. Il faut le dire : les commerçants, les familles, les enfants, sont parfois confrontés à des zombies ! Telle est la réalité quotidienne dans le quartier.

Nous sommes favorables à une solution qui comporte un volet sanitaire, faisant intervenir des médecins addictologues, et qui soit adossée à des hôpitaux, ce qui n'est pas le cas à Paris. (*Protestations sur les travées du groupe SER.*) J'ai même précisé que l'expérimentation était positive à Strasbourg, dans la mesure où la salle ne se situe pas dans une zone où il y a des habitants.

Je maintiens donc mon amendement.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Stéphanie Rist, ministre. Le rapport d'évaluation sera bientôt remis au Parlement.

Madame Evren, votre amendement n°956 rectifié, que nous examinerons après celui-ci, vise à préciser les indicateurs liés à la tranquillité publique ; le Gouvernement émettra à son propos un avis très favorable.

En revanche, je partage l'avis de M. Milon et je répète que le Gouvernement émet bien un avis défavorable sur l'amendement n° 957 rectifié.

Mme la présidente. La parole est à Mme Marie-Claire Carrère-Gée, pour explication de vote.

Mme Marie-Claire Carrère-Gée. Comme bien d'autres, je milite pour la réduction des risques et je suis donc par principe favorable aux haltes soins addictions. Madame la ministre, je souhaite néanmoins obtenir un engagement de votre part à propos de la halte parisienne.

Le mot « soin », à Paris, est comme un rideau de fumée ; de même, cette salle est localisée dans un périmètre qui appartient à Lariboisière, mais qui n'a rien d'hospitalier.

Les rapports – ils sont d'ailleurs d'une qualité variable, ce que je regrette – comportent très peu d'analyses sur la dimension sanitaire. Ce point est d'autant plus important qu'aucun service d'urgence spécialisé en addiction n'existe au sein de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), alors même que la ville compte plus de deux millions d'habitants. Ces lieux sont donc d'autant plus importants pour les situations d'urgence.

Dans la HSA parisienne, selon les rapports – l'estimation ne semble pas vraiment fiable, mais l'ordre de grandeur est instructif –, on compte entre 0,5 et 1,5 équivalent temps plein (ETP) de médecins présents pour environ 800 usagers.

Je n'ai pas le sentiment de caricaturer en disant que l'accent est mis sur l'accompagnement social, qui est absolument indispensable, soit, mais en aucun cas sur le début d'une prise en charge médicale.

Mme la présidente. Il faut conclure, ma chère collègue.

Mme Marie-Claire Carrère-Gée. Madame la ministre, vous engagez-vous à reconsiderer la localisation de la salle et à augmenter la présence de personnel médical ?

Mme la présidente. La parole est à Mme Colombe Brossel, pour explication de vote.

Mme Colombe Brossel. En premier lieu, d'abord, je voudrais rendre hommage à l'ensemble des personnes qui travaillent au sein de la HSA et aux salariés de l'association Gaïa-Paris, qui font un travail absolument remarquable, auquel ils croient, un travail de conviction et d'engagement. J'aimerais que le Sénat les en remercie.

Pour qui a eu l'opportunité de travailler de près ou de loin sur le sujet de la HSA parisienne, et non uniquement de commenter, il est évident que l'ensemble des personnes qui franchissent le pas de cette halte soins addictions – comme il est long de faire franchir le pas de cette porte ! – ont fondamentalement besoin de l'ensemble de l'accompagnement qui leur est proposé.

Mes chers collègues, excusez-moi de le dire un peu trivialement : ces personnes sont tellement abîmées par leurs addictions et conditions de vie que toutes les compétences des personnes engagées sont nécessaires pour les accompagner.

En filigrane de l'intervention de certains collègues, je crois percevoir l'argument suivant : bien que les haltes soins addiction soient nécessaires – c'est bien, le débat prospère, car nous n'entendions pas tout à fait cela voilà quelques années à Paris –, le lieu retenu ne serait pas le bon, parce qu'il y a des habitants à côté de Lariboisière.

Je voudrais aujourd'hui faire une révélation à nos collègues qui ne connaissent pas les hôpitaux parisiens : à Paris, aucun hôpital n'est situé à un endroit où il n'y a pas d'habitant. C'est le charme d'une ville dense, d'une capitale : il y a toujours des habitants à proximité des hôpitaux.

En tout cas, la HSA doit évidemment perdurer.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 957 rectifié.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 956 rectifié, présenté par Mmes Evren et Joseph, MM. Khalifé, Gosperrin, Karoutchi et Panunzi, Mmes Aeschlimann et Bellurot, MM. Séné et Naturel, Mmes Dumas, Malet, Garnier et

Estrosi Sassone, M. Piednoir, Mme Canayer, MM. Brisson, Klinger et Genet et Mmes Di Folco, Dumont, Bonfanti-Dossat, Bellamy et Schalck, est ainsi libellé :

Alinéa 7

Remplacer cet alinéa par trois alinéas ainsi rédigés :

2° Le IV est ainsi modifié :

a) Après le mot : « public » sont insérés les mots : « , l'amélioration des parcours de prise en charge des usagers » ;

b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Une analyse qualitative des retours des forces de l'ordre, concernant les faits de délinquance, les troubles à l'ordre public et les nuisances sur l'espace public (sonores, sécuritaires...), ainsi que des indicateurs liés aux nuisances perçues par les riverains viennent nourrir les critères d'évaluation ».

La parole est à Mme Agnès Evren.

Mme Agnès Evren. Ainsi que Mme la ministre l'a indiqué, cet amendement vise à ce que le rapport d'évaluation comporte des éléments complémentaires permettant de faire la lumière sur l'insécurité.

Il s'agirait d'y inclure des indicateurs sur les faits de délinquance et d'agression, sur les troubles à l'ordre public enregistrés par les forces de l'ordre et sur les nuisances subies par les riverains. De telles informations permettraient d'établir un bilan rigoureux, complet et objectif de la situation.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Il est prévu que, dans les six mois précédant la fin de l'expérimentation, le Gouvernement remette au Parlement un rapport d'évaluation portant notamment sur son impact sur la réduction des nuisances dans l'espace public.

L'amendement vise à ajouter à ce rapport « une analyse qualitative des retours des forces de l'ordre, concernant les faits de délinquance, les troubles à l'ordre public et les nuisances sur l'espace public », ce qui va un peu plus loin que ce qui est prévu.

J'ai cru comprendre que l'avis du Gouvernement serait favorable sur cet amendement, et j'émets donc, à titre personnel, un avis favorable également.

Toutefois, la commission avait considéré que l'amendement était satisfait.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Mme la rapporteure l'a bien expliquée, ce qui est proposé ici va un peu plus loin que ce qui est prévu, même si la plupart des indicateurs demandés sont déjà pris en compte en vue de l'évaluation en cours.

Le Gouvernement émet un avis favorable sur cet amendement.

Mme la présidente. La parole est à Mme Anne Souyris, pour explication de vote.

Mme Anne Souyris. Mes chers collègues, vous avez raison, il est absolument nécessaire de prendre en compte la sécurité.

Mais si vous lisez la dernière évaluation, celle réalisée par une équipe des hospices civils de Lyon, vous verrez qu'elle indique clairement, notamment entre les pages 52 et 60 du rapport, que la situation s'est améliorée du point de vue de la sécurité, tant à Strasbourg qu'à Paris.

Les éléments demandés sont donc déjà pris en compte. Ils sont également présents dans le rapport de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et dans celui de l'inspection générale des affaires sociales (Igas).

Les trois évaluations existantes portent donc bien sur les deux volets : le sanitaire et la sécurité.

D'un côté comme de l'autre, les choses peuvent bien sûr être améliorées, mais les salles ne sont pas spécifiquement en cause. Le problème, c'est de savoir, à partir du premier niveau de prise en charge que constituent les HSA, comment amener les personnes les plus précarisées, les plus dépendantes, les plus atteintes, vers une institution.

Mes chers collègues, permettez-moi de faire une petite parenthèse du point de vue sanitaire : ces salles permettent de réduire le nombre d'overdoses de 70 %, ce qui est tout de même remarquable. Dites-le-vous donc une fois pour toutes : oui, ces salles de consommation sauvent des vies.

Cela dit, il faut qu'elles soient entourées de tout un écosystème : il faut des hébergements, de la réinsertion, du sevrage, un suivi post-cure, des salles de repos, etc. Tout cela doit être mis en place. Une partie de ce plan a été réalisée, à Paris comme à Strasbourg. L'hébergement aménagé au premier étage de la salle de consommation de Strasbourg, par exemple, est une véritable réussite et l'équivalent devrait être mis en place à Paris.

Quo qu'il en soit, si cela peut vous rassurer, mes chers collègues, pourquoi ne pas inclure dans le rapport des éléments supplémentaires sur la sécurité ?

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

Mme la présidente. Il faut conclure, ma chère collègue.

Mme Anne Souyris. M. Nunez, avec lequel j'ai beaucoup travaillé quand il était préfet de police de Paris, nous a permis d'avancer sur ce sujet.

Mme la présidente. La parole est à M. Rémi Féraud, pour explication de vote.

M. Rémi Féraud. Nous allons suivre l'avis défavorable de la commission, mais cet amendement ne nous dérange pas vraiment, puisqu'il ne vise qu'à demander des précisions dans le rapport d'évaluation.

M. Olivier Rietmann. Pourquoi ne pas le voter alors ?

M. Rémi Féraud. Le débat a progressé ces dernières années. Même Agnès Evren a convenu que, en matière de santé publique, ces salles constituent sans aucun doute un progrès.

Mme Agnès Evren. À Strasbourg !

M. Rémi Féraud. C'est bien que, du point de vue des soins, le bilan est très positif. Il ne resterait donc plus que l'argument de la localisation.

Mme Agnès Evren. Pas au cœur de la ville !

M. Rémi Féraud. Madame, si vous connaissez à Paris un hôpital qui n'ait pas d'habitants à proximité, donnez-nous son nom !

Je peux témoigner, pour avoir été maire du X^e arrondissement avant l'ouverture de la salle en 2016 et après, que la situation en matière de sécurité et de tranquillité publiques s'est bien améliorée.

Des progrès restent à faire ; tous les indicateurs sont donc les bienvenus, notamment s'ils permettent au Gouvernement de donner davantage de moyens aux équipes – elles sont absolument exceptionnelles – pour réaliser davantage de

maraudes dans le quartier, pour accueillir les personnes dans de meilleures conditions encore ou pour offrir plus d'hébergements.

C'est cela dont nous avons besoin. Arrêtons donc de transformer ce débat, en l'instrumentalisant de manière politicienne, et avançons ensemble. (*Protestations sur les travées du groupe Les Républicains.*)

M. Rémy Pointereau. Que faites-vous sinon cela ?

Mme la présidente. La parole est à Mme Marion Canalès, pour explication de vote.

Mme Marion Canalès. Je le précise, je ne suis pas parisienne. Mes chers collègues, permettez-moi d'insister sur un point de méthode.

Lorsque certains collègues défendent avec conviction des amendements relatifs à leur territoire, on a tendance à se dire qu'ils sont les mieux à même de savoir de quoi ils parlent. Par exemple, lorsque ma collègue Audrey Bélim parle de santé publique à La Réunion, nous la suivons, y compris la majorité sénatoriale. Lorsque l'ancien maire du X^e arrondissement fait part de ce qu'il a constaté, j'ai tendance à imaginer que l'on puisse lui faire confiance.

Pour revenir aux haltes soins addictions, je voudrais simplement faire écho à l'excellent rapport de notre commission des affaires sociales sur les opioïdes mentionné un peu plus tôt, car on a un peu tendance à fantasmer.

Je suis allée visiter la salle avec l'équipe de Gaïa-Paris et j'ai été stupéfaite de voir que des médicaments y sont également utilisés – du sulfate de morphine, pour ne pas nommer le Skenan. Les produits qu'on y trouve, ce n'est pas de l'héroïne trouvée on ne sait où, ce sont des médicaments.

Or l'accès aux traitements de substitution aux opiacés est très inégal aujourd'hui. Tel est bien le sujet : aujourd'hui, des personnes dépendantes aux opiacés entrent dans l'addiction par cette porte. Nous avons rencontré une communauté thérapeutique à Aubervilliers : certaines personnes, qui étaient auparavant médecins, infirmières, sportifs, etc. ont développé, par exemple à la suite d'une blessure, une addiction en raison de douleurs mal soignées et de traitements aux opiacés.

J'avais déposé un amendement qui concernait justement les traitements de substitution aux opioïdes – il a malheureusement été déclaré irrecevable. Aujourd'hui, selon que l'on habite dans une région ou dans une autre, on a accès ou non à un traitement de substitution. Or, sans ce traitement, on peut dériver vers une surconsommation et utiliser des produits particulièrement nocifs, si bien que les problèmes ne font que s'aggraver.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Je pensais que l'amendement de Mme Evren serait considéré comme satisfait, car les indicateurs de sécurité ont toujours figuré dans les évaluations. D'ailleurs, sans parler à la place de Mme la ministre, il me semble que c'est à peu près ce qu'elle a dit.

Cette question a toujours été intégrée au pilotage du projet : à Paris, le comité de pilotage de la salle comprenait – j'imagine que c'est toujours le cas – le procureur, le préfet de police, les élus locaux et l'agence régionale de santé.

Cette préoccupation a toujours existé et, je le répète, la notion de réduction des risques concerne tout le monde : tant les personnes « addicts » que les riverains.

Pour ces derniers, les comptages objectifs – la ministre a rappelé les chiffres – montrent des effets spectaculaires ; par exemple, le nombre de seringues qui se retrouvent dans la rue, parfois devant des écoles, est divisé par dix ou quinze ! Et, en tout état de cause, il existe aussi des données sur les actes délictueux, d'où le travail mené avec le procureur de la République. Ainsi, non seulement ces indicateurs ne me dérangent pas, mais je les trouve même totalement légitimes.

Mme Carrère-Gée a néanmoins posé une question intéressante : quels sont les lieux d'urgence pour l'addiction ? On en manque ; par conséquent, ce sont des structures d'accueil des usagers de drogue qui font office de réponse à l'urgence, alors qu'elles ne sont pas nécessairement équipées pour cela. Cela montre un défaut de prise en charge.

J'ajoute que de nombreuses prises en charge ne font plus parler d'elles, ne font même plus polémique. Pourquoi ? Parce que des dizaines de milliers d'usagers de drogue sont dorénavant pris en charge dans les cabinets médicaux en ville et y reçoivent des traitements de substitution !

Ainsi, il reste la partie la plus visible, c'est-à-dire la plus précarisée, que l'on essaie justement d'attirer dans les HSA...

Mme la présidente. Veuillez conclure !

M. Bernard Jomier. ... et qui fait l'objet d'un débat politique un peu trop rugueux à mes yeux.

Mme la présidente. La parole est à Mme Frédérique Puissat, pour explication de vote.

Mme Frédérique Puissat. Le groupe Les Républicains votera pour cet amendement. Nous étions nombreux à vouloir voter pour l'amendement n° 957 rectifié, mais nous n'avons pas entendu qu'il était mis aux voix.

Mme la présidente. La parole est à Mme Marie-Claire Carrère-Gée, pour explication de vote.

Mme Marie-Claire Carrère-Gée. Je veux juste renouveler mon interpellation à l'endroit de la ministre en faveur de la création d'un service d'urgence pour l'addiction à Paris.

En outre, j'aimerais que Mme la ministre s'engage, eu égard à l'évaluation des deux piliers de cette politique – la dimension sanitaire et l'ordre public –, à relocaliser la HSA de Paris et à renforcer la présence effective de médecins en son sein.

Mme la présidente. La parole est à Mme Agnès Evren, pour explication de vote.

Mme Agnès Evren. Je trouve cela un peu fort de café d'entendre M. Féraud affirmer qu'ici, au Sénat, nous sommes des gens sérieux, alors qu'il est le premier à faire campagne contre Mme Dati dans ses propos ! (*Marques d'agacement sur les travées du groupe SER.*)

Je ne vais pas prolonger cette petite polémique, mais je m'étais placée du point de vue sanitaire, parce qu'il n'y a pas suffisamment de médecins pour aider les usagers à sortir de la toxicomanie, à se sevrer et à se réinsérer, et, vous, monsieur Féraud, vous me répondez en me parlant de Mme Dati ! Vous êtes obsédé, parce que vous savez qu'elle va battre la gauche... (*Protestations sur les travées des groupes SER, GEST et CRCE-K. – Rires sur les travées du groupe Les Républicains.*)

Mme Émilienne Poumirol. Totalement déplacé !

Mme Annie Le Houerou. Rien à voir !

M. Bernard Jomier. L'espoir fait vivre ! (*Sourires.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Colombe Brossel, pour explication de vote.

Mme Colombe Brossel. Je souhaite apporter un témoignage. Bernard Jomier et Anne Souyris ont exercé des responsabilités comme adjoint à la maire de Paris chargé de la santé. Il se trouve que, pour ma part, j'ai été adjointe chargée de la sécurité.

Or le comité de pilotage des HSA, qui inclut les forces de police et des représentants du ministère de la justice – en l'espèce les services du procureur de Paris –, examinait de façon extrêmement minutieuse tous les indicateurs, y compris ceux liés à tranquillité publique. Ces indicateurs servaient à l'évaluation régulière du dispositif, avec une attention particulière portée aux riverains.

Je voulais juste apporter ce témoignage pour indiquer que les critères en question existent et sont effectivement pris en compte. Il n'a jamais été envisagé, par aucun de nous, que l'évaluation et le pilotage de la halte soins addictions – autrefois appelée salle de consommation à moindre risque – puissent faire l'impasse sur ces sujets, qui sont majeurs pour la vie des riverains et des habitants.

Mme la présidente. Avant de mettre aux voix l'amendement, j'invite Mme la rapporteure à clarifier la position de la commission.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La commission a émis un avis défavorable sur l'amendement n° 956 rectifié, mais, à titre personnel, j'y suis favorable, car il me semble pertinent que les indicateurs figurant dans le rapport soient plus précis.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 956 rectifié.

(*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 20 *sexies*, modifié.

(*L'article 20 sexies est adopté.*)

Article 20 *septies* (nouveau)

À la seconde phrase du II de l'article 68 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre ».

Mme la présidente. L'amendement n° 649, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Remplacer les mots :

le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre » par les mots :

les mots : « trois régions » sont remplacés par les mots : « quatre régions, dont une collectivité régie par l'article 73 de la Constitution »

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement vise à préciser que la quatrième région incluse dans le dispositif de prise en charge expérimentale des tests et analyses en cas de soupçon de soumission chimique est une région d'outre-mer.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Avis favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 649.

(*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 20 *septies*, modifié.

(*L'article 20 septies est adopté.*)

Article 20 *octies* (nouveau)

1 Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur l'application de l'article 79 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

2 Ce rapport dresse un bilan du dispositif « Mon soutien psy » et des conséquences en matière de restrictions des conditions d'accès aux soins psychiques. Il évalue l'évolution du nombre de professionnels engagés dans le dispositif, notamment au regard du tarif actuel de prise en charge des séances, et ses conséquences sur la fréquentation des centres médico-psychologiques et médico-psycho-pédagogiques ainsi que l'impact des restrictions du nombre de séances remboursées et du degré de gravité du mal-être des patients sur la qualité de la prise en charge. Ce rapport considère enfin l'éventualité d'un arrêt du dispositif en vue de réaffecter les crédits alloués à « mon soutien psy » au recrutement de psychologues dans les centres médico-psychologiques et les centres médico-psycho-pédagogiques et à la revalorisation de leurs salaires et conditions de travail.

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 89 est présenté par M. Henno.

L'amendement n° 650 est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Olivier Henno, pour présenter l'amendement n° 89.

M. Olivier Henno. Défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure, pour présenter l'amendement n° 650.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet article consiste en une demande de rapport sur le dispositif Mon soutien psy. Nous proposons de le supprimer.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Avis favorable.

Mme la présidente. La parole est à Mme Anne Souyris, pour explication de vote.

Mme Anne Souyris. Je prends la parole pour dire les choses clairement.

Si nous voulons vraiment parler de santé mentale, alors il faut avoir le courage d'y mettre les moyens partout, et d'abord là où les besoins sont les plus urgents, c'est-à-dire dans les structures de proximité, celles qui accueillent, qui soignent, qui répondent jour et nuit à la détresse des personnes.

Le rapport sur les urgences psychiatriques rédigé par notre collègue députée Sandrine Rousseau l'a montré sans détour : il faut renforcer l'offre de soins de premier niveau, en soutenant massivement les équipes, en consolidant les budgets, en garantissant une présence humaine réelle.

Permettez-moi de citer un exemple précis. Peu de gens le savent, mais, à quelques centaines de mètres à peine de cet hémicycle, le centre d'accueil et de crise de la rue Garancière,

hébergé dans un bâtiment appartenant au Sénat, fonctionne sept jours sur sept, vingt-quatre heures sur vingt-quatre. C'est un lieu où des personnes en grande souffrance psychique trouvent une réponse immédiate humaine indispensable.

Pourtant, ce centre est aujourd'hui menacé : à l'occasion de sa réouverture en décembre prochain sur son site d'origine, qui a subi des travaux, on envisage sa restructuration et la suppression de l'accueil direct.

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

Mme Anne Souyris. Ainsi, alors même que nous débattons de la santé mentale comme d'une grande cause nationale, nous laisserions fermer l'un des rares centres capables d'assurer une présence continue pour les personnes en crise !

Comment pouvons-nous, d'un côté, tenir dans cet hémicycle un discours ambitieux et, de l'autre, accepter que, à quelques pas d'ici, une structure essentielle disparaîsse ? Comment adopter des rapports d'information et organiser des débats tous les trois mois sur le sujet, tout en laissant fermer un centre qui se trouve dans nos propres locaux ?

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 89 et 650.

(Les amendements sont adoptés.)

Mme la présidente. En conséquence, l'article 20 octies est supprimé.

Après l'article 20 octies

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 451 rectifié bis est présenté par Mme Antoine, MM. Anglars et Bacci, Mme Canayer, M. Courtial, Mmes L. Darcos et Guidez, MM. Houpert, H. Leroy, Levi, Menonville et Mizzon, Mme Muller-Bronn, M. Panunzi et Mmes Perrot, Saint-Pé, Sollogoub et Vérien.

L'amendement n° 1479 rectifié bis est présenté par MM. Longeot, Dhersin, Khalifé, Bonneau, Chatillon, S. Demilly et Laugier, Mmes Billon et Patru, MM. Fargeot, Duplomb et J.M. Boyer, Mmes Jacquemet et Malet, MM. Kern, de Nicolaï, Gueret, Duffourg et Bleunven et Mme Gacquerre.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 20 octies

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – L'article L. 161-36-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) La troisième phrase est ainsi modifiée :

– après la seconde occurrence du mot : « maladie », sont insérés les mots : « déclenche la procédure d'enquête ou » ;

– les mots : « l'avant-dernier alinéa de » sont supprimés ;

b) Sont ajoutées deux phrases ainsi rédigées : « Ce décret fixe également les conditions et les limites dans lesquelles le tiers payant peut être suspendu, à l'issue des contrôles adéquats, dès l'envoi de la notification de placement hors de la convention ou de suspension de ses effets dans les conditions prévues à l'article L. 162-15-1. Ce décret détermine également le délai à l'expiration

duquel le professionnel peut appliquer le tiers payant lorsque celui-ci est de nouveau placé sous le régime conventionnel à la suite d'une sanction ou condamnation pour fraude. » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'application des dispositions prévues au premier alinéa, il est tenu compte de l'ensemble des activités du professionnel à titre libéral ou au sein d'un ou plusieurs centres de santé. »

II. – L'article L. 871-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Elles prévoient la suspension du mécanisme du tiers payant à compter de la date à laquelle les organismes d'assurance maladie complémentaire sont informés par l'organisme local d'assurance maladie de la mise en œuvre de la procédure mentionnée à l'article L. 114-9 pour des faits de nature à constituer une fraude ou de la notification de placement hors de la convention ou de suspension de ces effets dans les conditions prévues à l'article L. 162-15-1. »

La parole est à Mme Nadia Sollogoub, pour présenter l'amendement n° 451 rectifié bis.

Mme Nadia Sollogoub. Le tiers payant facilite l'accès aux soins et réduit le renoncement pour motif financier, mais il peut aussi, chez certains professionnels, devenir un levier de fraude. Les années récentes ont montré des cas où la garantie de paiement attachée au tiers payant est détournée à des fins frauduleuses.

Cet amendement de notre collègue Jocelyne Antoine, élaboré avec la Mutualité française et l'Union nationale inter-fédérale des œuvres et organismes privés non lucratifs sanitaires et sociaux (Uniopss), tend à renforcer les outils de lutte contre la fraude de l'assurance maladie et des organismes complémentaires, en ajustant trois points clefs.

Le premier est relatif aux garanties de paiement et aux contrôles. Aujourd'hui, l'assurance maladie peut déroger au délai maximal de remboursement après une sanction ou condamnation pour fraude ou après un dépôt de plainte. Il est proposé de déclencher cette faculté dès l'ouverture d'une enquête, afin d'éviter qu'un professionnel soupçonné de fraude bénéficie, des mois durant, d'une garantie automatique de paiement.

Deuxième point clef : la suspension du tiers payant en cas de déconventionnement. Actuellement, cette suspension n'intervient qu'à la date d'effet du déconventionnement. Il est proposé de permettre la suspension dès la notification – déconventionnement ou suspension temporaire d'urgence – pour combler le délai de plusieurs semaines entre la notification et la prise d'effets.

Troisième point, nous proposons un parallélisme pour les organismes complémentaires : le contrat responsable impose à ces organismes de proposer le tiers payant si le professionnel le pratique. L'adoption de cet amendement permettrait aux complémentaires de déroger à cette obligation dès l'ouverture d'une enquête ou la notification d'une sanction pour éviter des versements indus.

Un décret fixera un délai de réautorisation du tiers payant pour les professionnels reconventionnés après fraude, afin d'assurer un suivi renforcé de leur facturation.

Ces ajustements, ciblés et proportionnés, permettraient de prévenir la fraude en amont, d'assécher les indus et d'harmoniser l'action entre régimes obligatoires et organismes complémentaires, sans entraver l'accès aux soins du patient qui conserve le remboursement selon le droit commun.

Mme la présidente. La parole est à M. Khalifé Khalifé, pour présenter l'amendement n° 1479 rectifié *bis*.

M. Khalifé Khalifé. Je le considère comme défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Les auteurs de ces amendements identiques proposent de pouvoir déroger au délai de paiement maximal du tiers payant pour les professionnels de santé dès l'ouverture d'une enquête pour fraude et de suspendre le tiers payant dès la notification de la sanction de déconventionnement pour fraude, et non plus à la date d'effet du déconventionnement.

En allongeant les délais de remboursement du tiers payant dès l'engagement d'une enquête, cette disposition ne respecterait pas la présomption d'innocence des professionnels de santé.

Il revient à l'assurance maladie, après avoir prouvé l'existence d'une fraude, de sanctionner le professionnel de santé et de récupérer les indus, mais pas avant ; il faut que la fraude du professionnel de santé ait été reconnue.

Quant à la suspension du tiers payant dès la notification d'une sanction de déconventionnement, elle violerait le droit au recours ainsi que le principe du contradictoire.

Le Sénat avait rejeté, pour les mêmes raisons, un dispositif similaire lors de l'examen du projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales.

La commission a donc émis un avis défavorable sur ces amendements, mais je précise que, bien évidemment, toute fraude avérée d'un professionnel de santé doit être condamnée.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Sur le fond, je vous rejoins, mesdames, messieurs les sénateurs, mais nous avons déjà eu ce débat lors de l'examen du projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales.

C'est pourquoi, par cohérence, je vous demande de bien vouloir retirer vos amendements ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 451 rectifié *bis* et 1479 rectifié *bis*.

(*Les amendements ne sont pas adoptés.*)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 861 rectifié *bis* est présenté par MM. Grosvalet et Bilhac, Mme Briante Guillemont, M. Cabanel, Mmes M. Carrère et N. Delattre, MM. Fialaire et Gold, Mme Guillotin, M. Guiol, Mme Jouve, MM. Laouedj et Masset, Mme Pantel, M. Roux et Mme Girardin.

L'amendement n° 1480 rectifié est présenté par MM. Longeot, Menonville, Dhersin, Khalifé, Mizzon, Bonneau, Bacci, Chatillon, S. Demilly et Laugier, Mmes Billon, Saint-Pé, Canayer, Antoine et Patru, MM. Fargeot, Duplomb et J.M. Boyer, Mmes Jacquemet et Malet, MM. Kern et Gueret, Mmes Perrot et Guidez, MM. Duffourg, Bleunven et Haye et Mme Gacquerre.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 20 *octies*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 161-36-4 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret prévoit les conditions dans lesquelles le bénéfice du tiers payant peut être suspendu temporairement à l'égard d'un assuré sanctionné ou condamné à la suite de la constatation, par un organisme d'assurance maladie, de l'obtention ou de la tentative d'obtention frauduleuse de prestations, notamment à l'aide de faux documents ou de fausses déclarations. »

La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour présenter l'amendement n° 861 rectifié *bis*.

Mme Véronique Guillotin. La fraude à l'assurance maladie constitue un préjudice important. Elle s'est diversifiée au cours des dernières années, certains assurés utilisant de faux documents pour obtenir des prestations indus.

Aucun dispositif ciblé ne permet aujourd'hui de décourager efficacement ces pratiques. C'est pourquoi cet amendement de notre collègue Grosvalet vise à autoriser l'assurance maladie à suspendre temporairement le bénéfice du tiers payant pour tout assuré sanctionné ou condamné pour fraude. Il s'agit d'un outil gradué, proportionné et limité dans le temps ; le remboursement des soins reste assuré selon les règles de droit commun, ce qui garantit que l'accès aux soins n'est pas remis en cause.

Cette mesure permettrait de prévenir la réitération de la fraude et de protéger l'intégrité financière de notre système ; elle s'inscrit dans les recommandations de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) pour 2026 et constituerait un levier concret et dissuasif.

Mme la présidente. La parole est à M. Khalifé Khalifé, pour présenter l'amendement n° 1480 rectifié.

M. Khalifé Khalifé. Il est défendu !

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cette proposition, issue du rapport dit *Charges et produits* de la Cnam pour 2026, semble légitime et pertinente, le tiers payant facilitant la fraude, grâce à l'absence de frais pour l'assuré.

Toutefois, ce dispositif a déjà été adopté par le Sénat lors de l'examen du projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales, qui sera très prochainement examiné à l'Assemblée nationale.

Afin d'éviter un doublon dans la législation et alors que cette mesure a plus sa place dans un texte sur la fraude que dans un PLFSS, je vous demande de bien vouloir retirer vos amendements, mes chers collègues ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Même avis, pour le même motif.

Mme la présidente. Madame Guillotin, l'amendement n° 861 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Véronique Guillotin. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 861 rectifié *bis* est retiré.

Monsieur Khalifé, l'amendement n° 1480 rectifié est-il maintenu ?

M. Khalifé Khalifé. Je le retire également, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 1480 rectifié est retiré.

Article 20 *nonies* (nouveau)

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation de l'article 40 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024. Ce rapport évalue l'impact financier de la prise en charge des protections périodiques réutilisables au-delà de l'âge de 26 ans.

Mme la présidente. La parole est à Mme Annie Le Houerou, sur l'article.

Mme Annie Le Houerou. Je souhaite appeler l'attention du Sénat sur la mise en œuvre, par le Gouvernement, de l'article 40 de la loi du 26 décembre 2023 de financement de sécurité sociale pour 2024.

Nous avions alors adopté le principe du remboursement des protections périodiques réutilisables par l'assurance maladie. Deux ans après le vote de cette mesure, aucun texte d'application n'a encore été publié ; aucun décret, cahier des charges ou circulaire ne permet de rendre effectif ce dispositif, pourtant attendu et annoncé pour 2024, puis pour septembre 2025.

La précarité menstruelle demeure une réalité majeure en France ; une femme sur trois y a déjà été confrontée et ce ratio atteint une sur deux parmi celles dont les revenus sont les plus modestes. Près de 40 % des femmes de 20 à 29 ans déclarent avoir déjà rencontré des difficultés à se procurer des protections périodiques.

Sur l'ensemble d'une vie, une femme dépense entre 8 000 euros et 23 000 euros pour ces produits essentiels à la santé et à la dignité. L'absence d'aide structurelle ou de remboursement généralisé entretient une inégalité d'accès à un besoin élémentaire. Le remboursement des protections périodiques réutilisables constitue une mesure de prévention sanitaire, d'équité, mais aussi de durabilité.

Le Gouvernement doit appliquer ce dispositif qui a été adopté par le Parlement. Madame la ministre, pouvez-vous nous éclairer sur les délais de publication de ce décret tant attendu et sur les modalités d'application du dispositif ?

Mme la présidente. La parole est à Mme Anne Souyris, sur l'article.

Mme Anne Souyris. J'ai la même question. On adopte des lois et, deux ans plus tard, il n'y a toujours rien. Cette mesure est importante ; il s'agit de lutter contre la précarité menstruelle et, ainsi, de lutter contre les inégalités de genre et la précarité. Pourquoi n'avons-nous toujours rien ? Quand allez-vous appliquer ce dispositif, madame la ministre ?

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Stéphanie Rist, ministre. Je suis très attachée à la publication des décrets d'application. Comme parlementaire, j'ai été l'auteure de deux propositions de loi qui ont été adoptées par le Parlement et, comme vous tous, j'imagine, j'ai suivi de près la publication des décrets d'application ; ce n'est pas toujours évident et je me suis fait une sacrée réputation dans les services des ministères... (Sourires.)

En tout état de cause, le décret dont vous parlez, mesdames les sénatrices, est sur le point d'être publié ; nous parlons là d'un délai de quelques jours.

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements identiques.

L'amendement n° 91 est présenté par M. Henno.

L'amendement n° 651 est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 1776 rectifié est présenté par M. Bonneau, Mmes Guidez, Antoine, Romagny et Perrot, MM. Levi, Dhersin et Kern, Mme Patru et M. Cambier.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Olivier Henno, pour présenter l'amendement n° 91.

M. Olivier Henno. Je le considère comme défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure, pour présenter l'amendement n° 651.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. S'agissant d'une demande de rapport, la commission souhaite supprimer cet article.

Mme la présidente. La parole est à Mme Jocelyne Guidez, pour présenter l'amendement n° 1776 rectifié.

Mme Jocelyne Guidez. Défendu !

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Avis favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 91, 651 et 1776 rectifié.

(Les amendements sont adoptés.)

Mme la présidente. En conséquence, l'article 20 *nonies* est supprimé, et l'amendement n° 782 rectifié *bis* n'a plus d'objet.

Article 20 *decies* (nouveau)

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant la mise en œuvre du 2° du I de l'article 59 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

Mme la présidente. L'amendement n° 652, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Il s'agit de supprimer une demande de rapport sur le forfait de prise en charge post-cancer. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 disposait déjà que le Gouvernement remetttrait un rapport sur ce sujet au Parlement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 652.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. En conséquence, l'article 20 *decies* est supprimé.

Article 20 *undecies (nouveau)*

Dans un délai de six mois à partir de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur l'article 97 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 93 est présenté par M. Henno.

L'amendement n° 653 est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Olivier Henno.

M. Olivier Henno. Il est défendu !

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Il s'agit encore d'une demande de rapport. Nous proposons de la supprimer.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Avis favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 93 et 653.

(*Les amendements sont adoptés.*)

Mme la présidente. En conséquence, l'article 20 *undecies* est supprimé.

Article 20 *duodecies (nouveau)*

① Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur l'application de l'article 49 de la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

② Ce rapport évalue l'effectivité de la mise en place des bilans de santé des mineurs pris en charge par l'aide sociale à l'enfance introduits par la même loi et figurant à l'article L. 223-1-1 du code de l'action sociale et des familles. Ce rapport présente notamment l'état de la réalisation de ces bilans de santé sur le territoire national et les actions mises en œuvre pour garantir leur effectivité.

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 94 est présenté par M. Henno.

L'amendement n° 654 est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Olivier Henno.

M. Olivier Henno. Défendu.

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Il s'agit à nouveau de supprimer une demande de rapport.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Favorable.

Mme la présidente. La parole est à Mme Marion Canalès, pour explication de vote.

Mme Marion Canalès. Voici la situation à laquelle nous sommes confrontés.

Un député a proposé d'insérer une demande de rapport dans le texte – le Sénat réprouve les demandes de rapport, soit, nous l'avons bien compris – sur un sujet aussi important que la santé mentale des mineurs pris en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE), afin de mesurer le chemin qu'il nous reste à parcourir.

J'ai bien lu l'exposé des motifs de l'amendement de suppression de la rapporteure.

Il existe les centres d'appui à l'enfance – nous étions nombreux à l'inauguration du premier de ces centres à Paris, en présence de la ministre Vautrin et de Mme Greco, qui promeut ce modèle.

J'ai, pour ma part, déposé un amendement, déclaré irrecevable en application de l'article 40 de la Constitution, sur le parcours de soins coordonné et gradué et sur les soins psychiques pour les enfants.

Un collègue voulait proposer, pour sa part, que les infirmières puéricultrices diplômées puissent exercer une mission de suivi des enfants à l'ASE et assurer un renfort, mais son amendement a évidemment été rejeté.

Ainsi, si nous en sommes encore là sur un sujet aussi important, la question mériterait peut-être un petit éclairage afin de rappeler tout ce que l'on fait en matière de santé mentale et de suivi des enfants de l'ASE, mais aussi tout ce que l'on doit encore faire et les moyens qui doivent y être alloués.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Stéphanie Rist, ministre. Vous avez raison, madame la sénatrice, c'est un enjeu majeur.

En l'espèce, il est ici demandé de faire un état des lieux sur la santé des mineurs pris en charge par la protection de l'enfance.

J'ai annoncé, à l'issue des expérimentations de type Pégase, la généralisation des parcours de soins coordonnés. C'était attendu et cela se mettra en place dès le début de l'année 2026. Ce parcours comprendra un bilan de santé, un forfait de coordination et un accès effectif et financé à des soins, puisque les enfants pris en charge par l'ASE sont davantage malades et ont une mortalité beaucoup plus élevée que les autres enfants.

Voilà pourquoi j'avais demandé le retrait, à l'Assemblée nationale, de l'amendement qui, adopté, est devenu cet article.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 94 et 654.

(*Les amendements sont adoptés.*)

Mme la présidente. En conséquence, l'article 20 *duodecies* est supprimé.

Article 21

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° L'article L. 162-5-11 est ainsi rétabli :
- ③ « Art. L. 162-5-11. – I. – Lors de leur stage réalisé en application du premier alinéa du II de l'article L. 632-2 du code de l'éducation, les étudiants en médecine

générale facturent les soins qu'ils délivrent pour le compte du praticien agréé maître de stage ou de la structure agréée comme lieu de stage. Ils sont tenus d'appliquer, pour la tarification des soins qu'ils délivrent, les règles fixées par la convention mentionnée à l'article L. 162-5 du présent code. Ces tarifs ne peuvent donner lieu à dépassement et les assurés qu'ils prennent en charge sont dispensés de l'avance de frais pour leur part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

- ④ « Par dérogation aux articles L. 161-36-2 et L. 161-36-3, les frais facturés en tiers payant ne donnent lieu au versement au praticien ou à la structure susmentionnée ni de la part prise en charge par les régimes susmentionnés ni de la participation prise en charge en application du 1^o de l'article L. 861-3.
- ⑤ « II. – Le paiement de la rémunération des étudiants en dernière année du diplôme d'études spécialisées de médecine générale est assuré par le centre hospitalier universitaire auquel ils sont rattachés.
- ⑥ « III. – Les conditions d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'État. » ;
- ⑦ 2^o Le I de l'article L. 162-14-1 est complété par un 10^o ainsi rédigé :
- ⑧ « 10^o Le cas échéant, les conditions dans lesquelles la facturation de certains actes ou prestations peut être réservée à ceux réalisés dans des structures spécialisées en soins non programmés définies à l'article L. 6323-6 du même code. »
- ⑨ II. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ⑩ 1^o L'article L. 1435-4-3 est ainsi rétabli :
- ⑪ « Art. L. 1435-4-3. – Les agences régionales de santé peuvent conclure avec un médecin conventionné et spécialisé en médecine générale, qui n'est pas installé en cabinet libéral ou dont l'installation date de moins d'un an, un contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire, sur la base duquel il perçoit une rémunération complémentaire aux rémunérations de ses activités de soins lorsque celles-ci sont inférieures à un seuil. Ladite rémunération complémentaire ne peut dépasser un ratio de 10 % des rémunérations versées au médecin.
- ⑫ « Le praticien territorial de médecine ambulatoire s'engage à :
- ⑬ « 1^o Exercer la médecine générale à titre libéral, pendant une durée fixée par le contrat, qui ne peut être inférieure à deux ans, dans une zone définie comme prioritaire par l'agence régionale de santé ;
- ⑭ « 2^o Respecter les tarifs opposables ;
- ⑮ « 3^o Participer, dans des conditions fixées par le contrat, à des actions définies par l'agence régionale de santé en matière d'accès aux soins, de permanence et de continuité des soins et de coordination des soins ;
- ⑯ « 4^o Contribuer à l'enseignement et à la formation universitaire en médecine générale.
- ⑰ « Un contrat est conclu avec l'université au titre de cet engagement. Il est joint au contrat mentionné au premier alinéa.
- ⑱ « Dans les collectivités relevant de l'article 73 de la Constitution, la définition des zones prioritaires mentionnées au présent article tient compte des spéci-

cités géographiques, démographiques et organisationnelles propres à ces territoires, notamment l'éloignement, l'insularité, la dispersion de l'habitat ainsi que les difficultés particulières d'accès aux soins. Cette définition fait l'objet d'une concertation préalable avec les collectivités territoriales, les ordres professionnels concernés et les agences régionales de santé.

- ⑲ « Le contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire est renouvelable une fois.
- ⑳ « Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent article, notamment les conditions dans lesquelles le bénéfice du contrat prévu au présent article peut être cumulé avec les autres dispositifs d'aide destinés aux médecins s'installant dans une zone caractérisée par une offre de soins insuffisante au sens de l'article L. 1434-4. » ;
- ㉑ 2^o Au dernier alinéa du I de l'article L. 1435-5, après la seconde occurrence du mot : « la », sont insérés les mots : « garde de » ;
- ㉒ 3^o Au dernier alinéa du I de l'article L. 5125-4, après le mot : « voie », sont insérés les mots : « de création, » ;
- ㉓ 4^o Après le chapitre III *quater* du titre II du livre III de la sixième partie, il est inséré un chapitre III *quinquies* ainsi rédigé :
- ㉔ « CHAPITRE III QUINQUIES
- ㉕ « *Structures spécialisées en soins immédiats non programmés*
- ㉖ « Art. L. 6323-6. – Une structure spécialisée en soins immédiats non programmés est une structure sanitaire de proximité :
- ㉗ « 1^o Assurant, en fonction de l'offre de soins présente sur le territoire ou en complémentarité avec celle-ci à titre principal, des missions relatives à la prise en charge des soins immédiats non programmés relevant de la médecine ambulatoire lorsque le pronostic vital et fonctionnel du patient n'est pas engagé ;
- ㉘ « 2^o Et dont les membres s'engagent à respecter un cahier des charges relatif aux principes d'organisation et aux caractéristiques de son exercice, à l'accessibilité de ses locaux et de ses services, aux délais de prise en charge, à l'orientation des patients dans le parcours de soins et aux prestations minimales attendues, déterminé par un arrêté du ministre chargé de la santé, qui prévoit notamment que les consultations médicales sont assurées par des médecins spécialistes en médecine générale exerçant en établissement de santé et en secteur ambulatoire sur le territoire, que ces structures disposent ou donnent accès à des plateaux techniques d'imagerie et de biologie médicales à proximité, qu'elles pratiquent le mécanisme du tiers payant mentionné à l'article L. 160-10 du code de la sécurité sociale et qu'elles ne facturent pas de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative ou des tarifs mentionnés au 1^o du I de l'article L. 162-14-1 du même code. En outre, en cas d'orientation du patient vers une autre structure de soins ou vers un professionnel de santé exerçant à l'extérieur de la structure mentionnée au premier alinéa du présent article, une information lui est fournie sur la pratique, par l'offreur de soins proposé, du dépassement de ces tarifs et du mécanisme du tiers payant.

29 « Elle est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, dont un ou plusieurs médecins spécialistes en médecine générale exerçant dans la structure, et, le cas échéant, des auxiliaires médicaux, exerçant à titre libéral ou salarié.

30 « Les professionnels de santé membres de la structure élaborent et signent un projet de prise en charge des soins non programmés compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2 et précisant leur intégration dans l'organisation territoriale des soins, notamment dans les communautés professionnelles territoriales de santé, au sens de l'article L. 1434-12, s'il en existe une sur le territoire sur lequel elles sont implantées, et leurs engagements concernant le service d'accès aux soins mentionné à l'article L. 6311-3 et la permanence des soins ambulatoires prévue à l'article L. 6314-1. Ce projet est validé par l'agence régionale de santé et par l'organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie.

31 « Les professionnels de santé exerçant au sein de la structure le déclarent à l'agence régionale de santé et aux organismes gestionnaires de régime de base d'assurance maladie.

32 « La structure bénéficie d'un financement forfaitaire spécifique versé par l'assurance maladie dont le montant, déterminé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, tient compte notamment du nombre de patients accueillis par an.

33 « La structure, dénommée "point d'accueil pour soins immédiats", fait l'objet d'une signalétique spécifique, dont les caractéristiques sont déterminées par voie réglementaire.

34 « Les conditions d'application du présent article, notamment la définition de l'activité de soins non programmés, les modalités de fixation du cahier des charges et les conditions de validation du projet de prise en charge des soins non programmés, sont déterminées par décret en Conseil d'État. »

35 III. – À défaut de signature, avant le 1^{er} juin 2026, d'un avenant à la convention médicale en vigueur mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale portant sur la rémunération des soins non programmés et sur la mise en œuvre du 10^e du I de l'article L. 162-14-1 du même code, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent déterminer par arrêté les modifications à apporter à cet effet à cette convention.

36 IV (*nouveau*). – La perte de recettes pour l'État résultant des trois premiers alinéas de l'article L. 6323-6 du code de la santé publique est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

37 V (*nouveau*). – La perte de recettes pour les collectivités territoriales résultant des trois premiers alinéas de l'article L. 6323-6 du code de la santé publique est compensée à due concurrence par la majoration de la dotation globale de fonctionnement et, corrélativement pour l'État, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services. »

38 VI (*nouveau*). – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale résultant des trois premiers alinéas de l'article L. 6323-6 du code de la santé publique est compensée à due concurrence par la majoration de l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

Mme la présidente. La parole est à M. Simon Uzenat, sur l'article.

M. Simon Uzenat. Cet article est relatif à l'enjeu, ô combien important, des soins non programmés.

Nous avons été nombreux à déposer des amendements pour réguler l'installation des médecins, mais nos propositions ont malheureusement été frappées d'irrecevabilité au titre de l'article 45 de la Constitution. Certes, depuis plusieurs années, les ministres de la santé proposent des mesures en la matière, mais elles ne sont pas à la hauteur des enjeux.

Je le rappelle, 6,4 millions de Français sont sans médecin traitant aujourd'hui. Dans la ligne des précédents gouvernements, madame la ministre, vous avez proposé des mesures – le volontariat, les cabinets secondaires –, mais elles paraissent bien cosmétiques à nombre d'élus locaux que j'ai rencontrés dans le département dont je suis élu et surtout à nos concitoyens, les patients, qui attendent désespérément de pouvoir rencontrer un médecin, en particulier dans les fameuses zones rouges. Je pense par exemple, pour le Morbihan, au territoire de Roi Morvan Communauté, qui cumule toutes les difficultés : mobilité, revenus, accès aux soins.

On dit aux élus et à la population qu'un médecin viendra deux jours par mois et qu'il y aura un cabinet secondaire, mais cela ne permet pas d'assurer le suivi des patients dans le temps et cela nuit à la qualité de la prise en charge – ce n'est pas acceptable.

Nous avons débattu ici d'une proposition de loi qui comportait quelques avancées, notamment à propos des médecins spécialistes, mais elle n'allait pas au bout de la logique pour ce qui concerne la régulation de l'installation des médecins généralistes, contrairement à un autre texte adopté par l'Assemblée nationale.

Bien évidemment, il existe une question de répartition des compétences, elle sera probablement traitée dans le texte sur la décentralisation. Les collectivités consacrent énormément de moyens à cet enjeu de santé, alors que cela ne relève pas de leurs compétences.

Pouvez-vous, madame la ministre, nous donner quelques éléments sur les intentions du Gouvernement quant à l'inscription à l'ordre du jour du Sénat du texte issu de l'Assemblée nationale, afin de pouvoir enfin aller plus loin sur la régulation de l'installation des médecins ?

Mme la présidente. L'amendement n° 655 rectifié, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après le premier alinéa

Insérer quatre alinéas ainsi rédigés :

...° L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

a) Le 3^e est rétabli dans la rédaction suivante :

« 3° Les rémunérations forfaitaires modulées en fonction de la part de la patientèle dans tout ou partie des zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins au sens du 1^o de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique ; »

b) Au 6^o, après la référence : « L. 162-5-2 », sont insérés les mots : « du présent code » ;

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Il s'agit d'introduire dans le texte une mesure déjà adoptée par le Sénat en mai 2025 lors de l'examen de la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires, dite Mouiller.

Cette mesure est complémentaire du dispositif proposé par le Gouvernement au travers du présent article : il s'agit d'autoriser le versement aux médecins d'une rémunération forfaitaire modulée, lorsqu'ils exercent en zone sous-dense. Cette rémunération tiendrait compte de la part de leur patientèle prise en charge en zone sous-dense, donc de la part d'activité que les praticiens y réaliseraient. Elle serait négociée, dans le cadre du dialogue conventionnel, avec l'assurance maladie.

Une telle mesure constituerait un levier efficace pour favoriser l'installation des médecins dans les zones sous-denses et compléterait le dispositif du Gouvernement, lequel consiste à créer un contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA) réservé aux jeunes médecins non installés ou installés depuis moins d'un an et spécialisés en médecine générale.

Les deux dispositifs ne ciblent donc pas les mêmes publics, puisque la rémunération forfaitaire modulée à l'activité en zone sous-dense concernera toutes les spécialités et les médecins de tous âges. Leur articulation devrait permettre de consolider l'offre de soins dans les territoires les plus fragiles.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Le Gouvernement émet un avis favorable sur cet amendement. Le praticien territorial est attendu, mais cette modulation de la rémunération des médecins me paraît également constituer une bonne idée.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 655 rectifié.

(*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 1824, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 4

1^o Remplacer le mot :

susmentionnée

par le mot :

agrémentée

2^o Remplacer le mot :

susmentionnés

par les mots :

obligatoires d'assurance maladie

II. – Alinéa 11, seconde phrase

Au début, remplacer le mot :

Ladite

par le mot :

La

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. C'est un amendement rédactionnel.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1824.

(*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 1581 rectifié bis, présenté par M. Jomier, Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Lubin, Poumirol, Rossignol et les membres du groupe Socialiste, Ecologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 5

Supprimer cet alinéa.

La parole est à M. Bernard Jomier.

M. Bernard Jomier. Cet article concerne, certes, les praticiens territoriaux de médecine ambulatoire, mais aussi les « docteurs juniors ».

On a beaucoup discuté, ces derniers mois, de la rémunération de ces docteurs juniors et de la façon dont ils pourraient encaisser leurs honoraires. Il me paraît très prématûr de fixer dans la loi leur mode de rémunération. Or, à l'alinéa 5 de l'article 21, on précise que le docteur junior est rémunéré par son centre hospitalier universitaire (CHU) de rattachement.

Au travers de cet amendement, je veux appeler votre attention sur un point : le dispositif de médecin junior, qui sera effectivement mis en place en novembre 2026, est précieux, il peut faire venir plusieurs dizaines de jeunes médecins généralistes dans chaque département. Il ne faut donc pas se rater !

Or on prend beaucoup de retard. Une part du retard ne peut pas être rattrapée – je pense aux conditions d'hébergement de ces jeunes. Une autre part, très compliquée, concerne les maîtres de stage. Sur les quelque 12 000 maîtres de stage que l'on a en France, seules quelques centaines seulement sont volontaires à ce jour pour accueillir un docteur junior, du fait des incertitudes liées à un dispositif qui n'est toujours pas stabilisé.

Je crois ne pas être contradictoire en disant qu'il ne faut néanmoins pas graver la question de la rémunération dans le marbre, parce qu'elle est encore en cours de discussion. C'est en obtenant l'accord de tous que l'on aura un dispositif efficace.

Je conclus avec un mot rapide sur le dispositif de PTMA. J'ai déposé des amendements tendant à instituer un statut mixte pour permettre à ces praticiens d'occuper en parallèle, à temps partiel, des postes hospitaliers ; beaucoup de jeunes médecins souhaitent pouvoir bénéficier d'un tel statut à l'issue de leur exercice comme docteur junior, quand ils s'installeront – on l'espère – dans la zone sous-dense. Ces amendements ont été déclarés irrecevables ; je le regrette.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Il semble en effet possible de supprimer l’alinéa 5 de l’article, puisque, par principe, la rémunération des docteurs juniors est assurée par le CHU de rattachement, comme le prévoit la réglementation.

La commission a donc émis un avis favorable sur cet amendement.

Les docteurs juniors, statut créé par la réforme de la quatrième année d’internat de médecine générale, vont commencer d’exercer en novembre prochain – c’est très bientôt.

Cette réforme est très attendue ; nous avons évidemment une obligation collective de réussite, qui s’applique tant au Gouvernement qu’aux collectivités et aux praticiens qui accueilleront ces docteurs juniors dans leur cabinet ou en maison de santé pluriprofessionnelle.

Et je souhaite, à cet égard, appeler l’attention du Gouvernement sur les inquiétudes qu’ont exprimées au cours de nos auditions les représentants des étudiants de troisième cycle.

Le modèle proposé peut permettre de répondre aux préoccupations des internes, mais il faut prendre garde à ce que la réforme ne conduise pas à dégrader l’attractivité de la filière de médecine générale.

Mme la présidente. Quel est l’avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. C’est avec un peu de gravité que je considère cet amendement. La réforme de la quatrième année est en effet – vous l’avez dit, monsieur Jomier – d’une importance cruciale : 3 700 docteurs juniors vont arriver dans nos territoires en novembre 2026. C’est un nouveau souffle, vraiment, pour nos concitoyens, en nombre de consultations supplémentaires.

Je comprends malgré tout qu’un tel amendement ait été déposé, car cette réforme a suscité beaucoup de discussions et d’inquiétudes, notamment chez les plus jeunes des étudiants en médecine.

Tout s’est fait rapidement : je n’ai peut-être pas eu l’occasion de l’expliquer suffisamment lors de mon audition devant la commission des affaires sociales du Sénat, mais la version du texte que nous avons déposée à l’Assemblée nationale est issue d’un consensus entre tous les acteurs concernés, qui sont réunis tous les quinze jours dans le cadre du comité de suivi de la réforme.

Vous l’avez dit, cette réforme est vraiment importante. Nous connaîtrons le nombre de maîtres de stage des universités (MSU) nécessaire dès lors que le consensus aura été définitivement fixé.

Nous sommes donc en ce moment, je dois le dire, au mot près, à la virgule près ; et l’adoption de cet amendement signeraient en réalité la fin pure et simple de cette nouvelle quatrième année. Je préférerais donc, monsieur le sénateur, que vous le retiriez. Tout ce qui touche au financement de cette réforme est assez sensible, comme vous le savez, notamment aux yeux des étudiants, qui sont représentés au sein du comité de suivi dont je viens de parler ; or nous sommes arrivés à une version qui fait consensus.

Mme la présidente. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour explication de vote.

Mme Émilienne Poumirol. Je veux aborder deux sujets : les docteurs juniors et les praticiens territoriaux de médecine ambulatoire.

Pour ce qui est des docteurs juniors, nous sommes tous d’accord pour le dire, nous nous devons de réussir : cette réforme doit à la fois améliorer la formation de nos jeunes médecins et apporter une réponse à l’un des problèmes majeurs de nos territoires. Nous avons donc tous intérêt au succès de ce projet.

Je rejoins par ailleurs Bernard Jomier sur la nécessité de mettre en place un statut mixte, garant de la réussite de la transition entre le doctorat junior et l’exercice en pleine responsabilité : les jeunes médecins souhaitent de plus en plus pouvoir exercer à la fois en ville et à l’hôpital.

Les discussions que nous avons eues avec les organisations représentatives des internes nous ont inquiétés. Nous avons rencontré plusieurs fois les représentants de l’Intersyndicale nationale des internes (Isni), de l’Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale (Isnar-IMG) ou encore du Regroupement autonome des généralistes jeunes installés et remplaçants (ReAGJIR) : ils étaient catastrophés, il faut le dire, par le volet rémunération de la première version de cette réforme.

Catastrophés, ils le sont désormais un peu moins, mais ils restent inquiets de l’architecture retenue pour la rémunération des docteurs juniors, sur laquelle continuent de peser des incertitudes – application du tiers payant, modalités de facturation et d’encaissement, etc. Le circuit envisagé est extrêmement complexe.

Autre motif d’inquiétude : le manque de maîtres de stage volontaires, alors qu’il y a en France, comme le disait Bernard Jomier, autour de 12 000 MSU de médecine générale, et peut-être même 14 000.

Je dis un mot, enfin, des contrats de PTMA, institués en 2015, puis réformés : ils font leur retour, après avoir été supprimés en 2020 au profit d’un contrat de début d’exercice (CDE) censé apporter davantage de lisibilité.

On comprend bien la portée de cette mesure face aux difficultés d'accès aux soins – je n'y reviens pas. Les étudiants en santé et les jeunes médecins semblent également favorables à ce statut de PTMA.

Mme la présidente. Je mets aux voix l’amendement n° 1581 rectifié bis.

(L’amendement est adopté.)

Mme la présidente. L’amendement n° 1860, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Après l’alinéa 6

Insérer trois alinéas ainsi rédigés :

...° La première phrase du premier alinéa de l’article L. 162-5-14 est ainsi modifiée :

a) Les mots : « aux actes effectués dans le cadre de la » sont remplacés par les mots : « à l’activité de » ;

b) Après les mots : « même article », sont insérés les mots : « , ainsi que ceux relatifs à la régulation de médecine ambulatoire prévue au deuxième alinéa de l’article L. 6311-3 par les médecins mentionnés au quatrième alinéa du même article » ;

La parole est à Mme la ministre.

Mme Stéphanie Rist, ministre. Il s’agit de permettre la rémunération de tous les médecins, notamment les retraités et les remplaçants, pour leur participation à la régulation de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) et du service d'accès aux soins (SAS).

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement n'a pu être étudié par la commission ; à titre personnel, j'y suis favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1860.

(*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement et d'un sous-amendement.

L'amendement n° 1853, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 8

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

... ° Après la deuxième phrase du n du 2° du II de l'article L. 162-31-1, est insérée une phrase ainsi rédigée : « Ces dispositions peuvent être mises en œuvre sur tout le territoire national. » ;

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement vise à étendre l'expérimentation des antennes de pharmacie sur l'ensemble du territoire national.

Le périmètre territorial de l'expérimentation est à ce jour fixé par un cahier des charges national, mais celui-ci est jugé trop restrictif par les acteurs, ce qui limite le nombre d'antennes ouvertes ou en cours d'ouverture. Le champ de l'expérimentation est en effet limité à six régions et à douze antennes ; il est donc proposé de l'étendre à tout le territoire national.

Cet amendement est couvert par la mesure autorisant, à l'article 21, la création de nouvelles officines dans certains territoires.

Mme la présidente. Le sous-amendement n° 1866 rectifié, présenté par Mme Berthet, M. Belin, Mme Aeschlimann et M. Panunzi, est ainsi libellé :

Amendement n° 1853, après l'alinéa 2

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

... ° À la première phrase du n du 2° du II de l'article L. 162-31-1, après les mots : « population d'une commune », sont insérés les mots : « ou d'une commune déléguée en zone de montagne » ;

La parole est à Mme Martine Berthet.

Mme Martine Berthet. Dans les territoires de montagne, certaines communes nouvelles s'étendent sur plusieurs versants d'une vallée, ce qui expose les patients à d'importantes contraintes de dénivelé dans leurs déplacements. Leur accès aux soins s'en trouve considérablement compliqué, notamment lorsque la pharmacie la plus proche se situe sur l'autre versant.

L'objet de mon sous-amendement est donc d'étendre l'expérimentation relative aux antennes de pharmacie en autorisant, en zone de montagne, le pharmacien titulaire d'une officine dans une commune nouvelle ou une commune limitrophe à créer une antenne au sein d'une commune déléguée dont la dernière pharmacie a cessé son activité.

L'autorisation ne s'appliquerait bien sûr qu'à une seule antenne de pharmacie par officine, conformément au voeu de notre rapporteure.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur ce sous-amendement ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Avis favorable, madame la présidente.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Le Gouvernement émet un avis favorable sur l'amendement de Mme Imbert.

Quant au sous-amendement de Mme Berthet, j'en demande le retrait : nous étendons déjà cette expérimentation à peu près partout ; il ne nous semble pas logique d'inscrire dans la loi cette précision relative aux versants de montagne.

Mme la présidente. Je mets aux voix le sous-amendement n° 1866 rectifié.

(*Le sous-amendement est adopté.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1853, modifié.

(*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. Je suis saisie de quatorze amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les trois premiers sont identiques.

L'amendement n° 362 rectifié bis est présenté par M. Henno, Mmes Antoine, Billon et Bourguignon, M. Courtial, Mme de La Provôté, M. Dhersin, Mme Guidez, MM. Lafon, Laugier, Levi, Menonville et Mizzon, Mme Perrot, M. Pillefer et Mmes Vérien et Vermeillet.

L'amendement n° 370 rectifié bis est présenté par Mme Romagny, MM. Bonneau, Cambier, Chevalier et Fargeot, Mme Sollogoub et M. Genet.

L'amendement n° 1280 rectifié bis est présenté par MM. Chasseing et Rochette, Mme Lermytte, M. Grand, Mme Bourcier, M. V. Louault, Mme L. Darcos, MM. Médevieille, A. Marc et Brault, Mme Paoli-Gagin, MM. Wattebled et Khalifé, Mme Dumont et MM. H. Leroy et Bacci.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

I. – Après l'alinéa 9

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

... ° Le a du 2° du I de l'article L. 1434-3 du code de santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ces objectifs sont également fixés pour les structures spécialisées en soins immédiats non programmés mentionnés au chapitre III quinque du titre II du livre II de la sixième partie, après avis des conseils départementaux des ordres concernés » ;

II. – Alinéa 28

Après le mot :

exercice

insérer les mots :

, à leur participation au service d'accès aux soins mentionné à l'article L. 6311-3 et à la permanence des soins ambulatoires prévue à l'article L. 6314-1, à l'accueil et à la prise en charge sans distinction de tous les patients relevant des soins immédiats non programmés

III. – Après l'alinéa 29

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« L'agence régionale de santé compétente fixe dans les schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2 un objectif quantitatif d'implantation de structures spécialisées en soins immédiats non programmés pour chaque zone définie au a du 2^e de l'article L. 1434-9 du code de santé publique, après avis des conseils départementaux des ordres concernés.

IV. – Alinéa 30, première phrase

Compléter cette phrase par les mots :

, auxquels leur participation est obligatoire

La parole est à M. Olivier Henno, pour présenter l'amendement n° 362 rectifié bis.

M. Olivier Henno. Cet amendement traite des centres de soins non programmés (CSNP), sujet déjà abordé par la rapporteure et par la ministre.

Il ne s'agit évidemment pas du tout de remettre en cause leur pertinence : ils sont une réponse à un problème extrêmement lourd auquel est confronté l'hôpital, leur objet étant de désengorger les urgences – les internes ne cessent d'évoquer cette question.

L'enjeu est de s'interroger sur la place et l'avenir de ces centres dans la chaîne sanitaire. Faut-il une régulation ? Le cas échéant, laquelle et comment l'organiser ? Je souhaite entendre le Gouvernement à ce propos.

Mme la présidente. La parole est à Mme Anne-Sophie Romagny, pour présenter l'amendement n° 370 rectifié bis.

Mme Anne-Sophie Romagny. Il vient d'être brillamment défendu par Olivier Henno.

J'insiste : il s'agit évidemment non pas de couper le robinet, mais de travailler à une meilleure coordination des CSNP avec les autres acteurs de santé, afin de renforcer l'efficacité de notre système.

Mme la présidente. La parole est à M. Daniel Chasseing, pour présenter l'amendement n° 1280 rectifié bis.

M. Daniel Chasseing. Il s'agit de compléter la rédaction de l'article 21, en prévoyant que les ARS fixent des objectifs aux centres de soins non programmés, qui doivent être intégrés dans le service d'accès aux soins et la permanence des soins ambulatoires. Cette régulation est essentielle.

Je profite de cette occasion pour donner mon sentiment sur d'autres points du dossier.

Je me réjouis de la pérennisation de l'expérimentation OSyS (orientation dans le système de soins), qui implique les pharmaciens dans la prise en charge des soins non programmés et l'orientation des patients – bien sûr, des dispositifs de financement sont prévus.

Concernant les communautés professionnelles territoriales de santé, qui doivent être transformées en « communautés France Santé », je n'ai pas trouvé mentionnée, parmi les objectifs de ce réseau, la prise en charge des soins non programmés, enjeu pourtant très important. Une entente est indispensable entre les maisons de santé pluriprofessionnelles et les maisons de santé de garde (MSG) afin qu'un praticien de garde soit toujours disponible dans le cadre du SAS.

Ces communautés France Santé doivent être mises en place par l'ARS en respectant le plus possible les bassins de vie afin que la prise en charge des soins non programmés

n'ait jamais à se faire très loin du domicile des patients. Je connais des CPTS qui n'interviennent absolument pas dans la prise en charge des soins non programmés.

Enfin, les modalités de rémunération des docteurs juniors doivent être précises, simples et efficaces. Ces médecins sont très attendus partout en France. Leur affectation dans les territoires et leur appariement avec les maîtres de stage sont déjà prévus ; les communes s'appliquent d'ores et déjà à les accueillir du mieux possible.

Mme la présidente. L'amendement n° 567, présenté par M. Khalifé, est ainsi libellé :

Alinéas 23 à 34 et 36 à 38

Supprimer ces alinéas.

La parole est à M. Khalifé Khalifé.

M. Khalifé Khalifé. J'irai à contre-courant de mes collègues : mon amendement vise à supprimer les dispositions portant création de ces nouvelles structures dédiées aux soins immédiats non programmés.

Ce n'est pas que je ne crois pas au dispositif proposé, mais il me semble que ces entités se superposeraient inutilement aux organisations existantes – maisons de santé, centres de santé, SOS Médecins, services d'accès aux soins, etc. – qui assurent déjà des missions relatives à la prise en charge des soins non programmés. Je crains qu'une telle disposition soit source de désorientation.

Je veux insister sur deux dangers essentiels, auxquels les expériences que j'ai vécues dans mon département m'ont rendu attentif.

Premièrement, ces structures de soins non programmés sont actuellement la proie de diverses sociétés financières, qui trouvent là un moyen facile de recruter de jeunes médecins : ceux-ci se trouvent détournés des services d'urgence et de leur vocation de médecins traitants installés au profit de ce genre de centres, qui ne sont ouverts, le plus souvent, que de huit heures à dix-sept heures, sans véritable permanence des soins le soir et aux heures d'affluence.

Deuxièmement, nous avons davantage besoin de médecins traitants, de médecins de famille, que d'intermittents qui viennent aggraver encore la désorganisation du parcours de soins.

Pour toutes ces raisons, je m'oppose à cette mesure.

Mme la présidente. L'amendement n° 657, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Alinéas 25 à 33

Remplacer ces alinéas par six alinéas ainsi rédigés :

« Structures spécialisées en soins non programmés

« Art. L. 6323-6. – Une structure spécialisée en soins non programmés est une structure sanitaire de proximité assurant, à titre principal, des missions relatives à la prise en charge des soins non programmés de premier recours et dont les membres s'engagent à respecter un cahier des charges, déterminé par un arrêté du ministre chargé de la santé après consultation des représentants du secteur des soins non programmés, relatif aux principes d'organisation et aux caractéristiques de son exercice, à l'accessibilité de ses locaux et de ses services, aux délais de prise en charge, à l'orientation des patients dans le parcours de soins et aux prestations minimales attendues.

« Une structure spécialisée en soins non programmés peut notamment être constituée en centre de santé, en cabinet médical, en maison de santé ou en société interprofessionnelle de soins ambulatoires. Elle est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux et, le cas échéant, des auxiliaires médicaux, exerçant à titre libéral ou salarié.

« Les professionnels de santé de la structure élaborent un projet de prise en charge des soins non programmés, signé par chacun d'entre eux, compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2 et précisant leur intégration dans l'organisation territoriale des soins. Ils sont également tenus de participer au service d'accès aux soins mentionné à l'article L. 6311-3 et à la permanence des soins ambulatoires mentionnée à l'article L. 6314-1, dans des conditions fixées par décret. Le projet de prise en charge des soins non programmés est validé par l'agence régionale de santé et par l'organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie territorialement compétents.

« Les professionnels de santé exerçant au sein de ces structures le déclarent à l'agence régionale de santé et aux organismes gestionnaires de régime de base d'assurance maladie territorialement compétents.

« La structure bénéficie d'un financement forfaitaire spécifique versé par l'assurance maladie dont le montant, déterminé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, tient compte notamment du nombre de patients accueillis par an.

II. – Alinéas 36 à 38

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, le Sénat a adopté un article visant à encadrer l'activité des structures de soins non programmés.

La rédaction retenue avait fait l'objet d'un accord entre les deux assemblées en commission mixte paritaire, mais elle avait été censurée par le Conseil constitutionnel, celui-ci considérant que l'effet de ces dispositions sur les dépenses des régimes obligatoires d'assurance maladie était trop indirect.

Le Gouvernement a ajouté au texte dont il est question des dispositions financières qui pourraient permettre de lever cette difficulté. Il me semble opportun de repartir de cette rédaction.

Nous proposons, par cet amendement, de rétablir la version du texte déposée par le Gouvernement, sous réserve de quelques enrichissements correspondant aux différences avec le texte adopté par l'Assemblée nationale et le Sénat lors de l'examen du PLFSS 2025.

Sont en particulier ajoutés la consultation des représentants du secteur des soins non programmés sur l'élaboration du cahier des charges ; la référence aux statuts sous lesquels peut être constituée une structure de soins non programmés – centre de santé, cabinet médical, maison de santé ou société interprofessionnelle de soins ambulatoires (Sisa), etc. – ; l'engagement des professionnels de santé exerçant dans ces structures à participer au service d'accès aux soins et à la permanence des soins ambulatoires.

Enfin, il est proposé de supprimer les gages financiers insérés à l'Assemblée nationale. Ces gages n'apparaissent plus nécessaires, dans la mesure où il est proposé de rétablir une version très proche de celle du texte déposé.

Mme la présidente. L'amendement n° 1616, présenté par Mme Poumirol, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 26

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« ...° Soumise à un agrément obligatoire de l'agence régionale de santé en fonction des besoins sur chaque territoire ;

La parole est à Mme Émilienne Poumirol.

Mme Émilienne Poumirol. On peut reconnaître aux services de soins non programmés, de temps en temps, une certaine utilité. Cela étant, nous avons constaté une dérive importante dans l'ouverture de nombreux centres de soins primaires par de grands groupes privés à but lucratif – je ne citerai pas leurs noms, ils sont connus.

J'ai été amenée à de nombreuses reprises, comme nous tous dans cette assemblée, à dénoncer la dérive marchande qu'incarnent ces centres. Leur mode de rémunération, en particulier, les pousse à ne recevoir que les patients atteints des pathologies les plus rentables et à laisser à l'hôpital les cas les plus lourds.

J'avais été alertée il y a déjà quelques années par la directrice des urgences du CHU de Toulouse. Elle s'inquiétait des départs en masse d'urgentistes. D'ailleurs, ces derniers jours, on s'est ému à Toulouse de voir la presse titrer sur les difficultés des services d'urgence, qui ont perdu vingt-cinq urgentistes en très peu de temps.

Il nous semble donc important que l'installation de ces structures soit soumise à l'agrément de l'ARS, afin de garantir qu'elles répondent réellement aux besoins des territoires et non aux exigences marchandes de fonds de pension en mal d'opportunités.

Mme la présidente. L'amendement n° 462 rectifié, présenté par MM. Milon et Khalifé, Mme Deseyne, M. Sol, Mme Lassarade, M. Somon, Mme Micouleau, M. Burgoa et Mme Aeschlimann, est ainsi libellé :

Alinéa 27

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Elle peut être une personne morale constituée entre des professionnels médicaux, dont un ou plusieurs médecins spécialistes en médecine générale exerçant dans la structure, et, le cas échéant, des auxiliaires médicaux exerçant à titre libéral ou salarié.

La parole est à Mme Florence Lassarade.

Mme Florence Lassarade. Cet amendement de notre collègue Alain Milon répond à un double objectif : garantir la qualité des soins non programmés et préserver la diversité des acteurs susceptibles de gérer de telles structures.

Les CSNP jouent un rôle croissant dans la réponse aux besoins de soins urgents sans gravité, en complémentarité avec la médecine de ville et les services d'urgence.

La modification proposée de l'alinéa 27 vise à maintenir la possibilité pour certaines structures de gérer un centre de soins non programmés.

En effet, de nombreux CSNP existants sont aujourd’hui adossés à des établissements hospitaliers publics ou privés – c'est le cas chez moi à Langon, en Gironde –, ce qui garantit un accès rapide à un plateau technique complet et favorise la coordination des parcours de soins. C'est d'ailleurs ce qui a été prévu par amendement au texte initial. En outre, ces centres fonctionnent, pour la plupart, sans dépassements d'honoraires.

Nous restreindre aux seules structures de professionnels reviendrait à supprimer la porte d'entrée dans le système de soins que représentent aujourd’hui les centres gérés par des établissements de santé. Ces centres participent pourtant au désengorgement des services d'urgence dans le cadre de dynamiques territoriales déjà engagées dans plusieurs régions entre services d'urgence, centres de soins non programmés et médecine de ville.

Il s'agit donc de sécuriser juridiquement la diversité des modèles existants, tout en consolidant le niveau de qualité attendu des structures de soins non programmés, dans une logique de complémentarité et d'équilibre du maillage territorial.

Mme la présidente. L'amendement n° 1619, présenté par Mme Poumirol, est ainsi libellé :

Alinéa 28

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

En cas d'orientation vers un offreur de soins pratiquant des dépassements d'honoraires, une alternative vers un professionnel ou une structure de secteur 1 doit pouvoir être proposée.

La parole est à Mme Émilienne Poumirol.

Mme Émilienne Poumirol. L’alinéa 28 de l’article 21 encadre l’activité des centres de soins non programmés sur nos territoires.

Ces structures doivent en particulier pratiquer le tiers payant sans dépassement d'honoraires. En cas d'orientation du patient vers une autre structure, une information doit lui être fournie sur la pratique éventuelle, par le professionnel proposé, du dépassement d'honoraires et du tiers payant.

Au regard des inégalités financières d'accès aux soins qui existent dans notre pays, il apparaît primordial que soit proposée aux patients des centres de soins non programmés, en tant que de besoin, une orientation vers une structure ou un professionnel de santé de secteur 1, c'est-à-dire ne pratiquant pas de dépassements d'honoraires.

Les dépassements d'honoraires, souvent subis par les Français, ne cessent de croître et ont atteint au total, je le rappelle, 3,5 milliards d'euros pour l'année 2021. Le choix doit pouvoir être laissé aux patients afin de limiter le risque de renoncement aux soins.

Mme la présidente. L'amendement n° 1660, présenté par Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, MM. Fichet et Jomier, Mmes Lubin, Poumirol, Rossignol, Artigalas et Bélim, MM. Cardon, Chaillou et Chantrel, Mme Conway-Mouret, M. Darras, Mme Espagnac, MM. Féraud et Gillé, Mme Harribey, MM. Jacquin et P. Joly, Mme Linkenheld, MM. Lurel, Marie, Mérillou et Michau, Mme Monier, MM. Montaugé, Pla et Redon-Sarrazy, Mme S. Robert, MM. Roiron, Ros, Tissot, Uzenat, M. Vallet, Ziane et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

I. – Après l’alinéa 28

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

« Elle participe au service d'accès aux soins mentionné à l'article L. 6311-3 et à la permanence des soins ambulatoires prévue à l'article L. 6314-1.

« L'agence régionale de santé compétente détermine, dans les schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2, un objectif quantitatif d'implantation de centres de soins non programmés pour chaque zone définie au a du 2^e de l'article L. 1434-9.

II. – Alinéa 30

1^o Après le mot :

orientations

insérer les mots :

et objectifs

2^o Après le mot :

mentionnés

rédiger ainsi la fin de cet alinéa :

aux articles L. 1434-2 et L. 1434-3. Ils y précisent les modalités de leur intégration dans l'organisation territoriale des soins et de participation au service d'accès aux soins mentionné à l'article L. 6311-3 et à la permanence des soins ambulatoires prévue à l'article L. 6314-1. Ce projet est validé par l'agence régionale de santé et par l'organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie.

La parole est à Mme Annie Le Houerou.

Mme Annie Le Houerou. Ma collègue Émilienne Poumirol a défendu, à juste titre, la nécessité d'encadrer l'activité des centres de soins non programmés.

J'ajoute seulement qu'aujourd'hui ces structures ne sont intégrées ni au service d'accès aux soins ni à la gradation des soins non programmés, ce qui les place en marge de l'organisation de la réponse aux besoins de santé, au détriment d'une coordination efficace entre professionnels et établissements.

La régulation que nous appelons de nos vœux et qui serait mise en œuvre par les ARS en lien avec les acteurs locaux est essentielle pour garantir la cohérence de l'action des CSNP avec celle des autres acteurs de santé, mais aussi pour préserver les ressources humaines et matérielles des services d'urgence, dans un contexte où beaucoup de nos territoires manquent de médecins.

Mme la présidente. L'amendement n° 1602, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, M. Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

Alinéa 29

Après le mot :

morale

insérer les mots :

, publique ou privée à but non lucratif,

La parole est à Mme Anne Souyris.

Mme Anne Souyris. Cet amendement, comme le suivant, fait écho à l'amendement n° 1619 de Mme Poumirol : il s'agit de lutter contre la financiarisation de l'offre de soins.

Les structures de soins non programmés, dont le Gouvernement veut entériner la création, ne sont qu'un avatar de la financiarisation des soins, qui prospère à mesure que les déserts médicaux progressent. Si les gouvernements successifs avaient agi à temps pour soutenir les hôpitaux publics et les centres de santé et pour assurer la permanence des soins, ces structures ne se seraient pas développées ; elles n'existeraient même pas !

Nous souhaitons donc résERVER le statut de structure spécialisée en soins non programmés au secteur public et au secteur privé à but non lucratif.

Par ailleurs, le Gouvernement doit prendre garde à ne pas privilégier l'option de court terme au détriment d'une offre de soins de qualité sur le long terme. Pourquoi financer des structures dédiées quand, dans le même temps, on refuse des financements aux centres de santé et l'on reporte les hausses de tarifs prévues par la convention médicale, notamment pour la pédiatrie, la psychiatrie et la gynécologie médicale ?

Le message envoyé aux professionnels de santé, notamment aux médecins généralistes, est désastreux : une consultation de dix minutes maximum à l'issue de laquelle, un samedi, on prescrit un antibiotique à un patient que l'on ne reverra jamais est aussi bien rémunérée, voire mieux, que celle d'un patient âgé suivi pour plusieurs pathologies, qui dure trente minutes minimum.

Il faut ajouter que le médecin du centre de soins non programmés ne sera pas harcelé, lui, par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) parce qu'il aura prescrit trop d'arrêts de travail. Il ne sera pas non plus sanctionné parce qu'il n'aura pas enregistré les nombreuses données de son patient dans le dossier médical partagé.

Mme la présidente. L'amendement n° 1794, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, M. Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

I. – Après l'alinéa 29

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« L'exercice d'activités de soins par des personnes morales autres que les établissements de santé, qui comprennent majoritairement des soins non programmés de premier recours, est réservé aux structures spécialisées en soins non programmés mentionnées au premier alinéa.

II. – Alinéa 30

1° Première phrase

Après la référence :

L. 6311-3

insérer les mots :

, le respect des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1

2° Seconde phrase

Remplacer le mot :

validé

par le mot :

autorisé

IV. – Alinéa 34

Remplacer le mot :

validation

par le mot :

autorisation

La parole est à Mme Anne Souyris.

Mme Anne Souyris. Dans le droit fil du précédent, cet amendement vise à défendre les centres de santé publics et solidaires, qui fonctionnent déjà très bien quand on leur en donne les moyens.

S'y trouve reprise une recommandation du rapport d'information sénatorial sur la financiarisation de l'offre de soins, à savoir la mise en place d'un régime d'autorisation qui s'appliquerait, en l'espèce, aux nouvelles structures créées à l'article 21, l'activité de soins non programmés ne devant s'exercer que dans ce seul cadre.

Mme la présidente. L'amendement n° 1335 rectifié *bis* n'est pas soutenu.

L'amendement n° 1649, présenté par Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, MM. Fichet et Jomier, Mmes Lubin, Poumirol, Rossignol, Artigalas et Bélim, MM. Cardon, Chaillou et Chantrel, Mme Conway-Mouret, M. Darras, Mme Espagnac, MM. Féraud et Gillé, Mme Harribey, MM. Jacquin et P. Joly, Mme Linkenheld, MM. Lurel, Marie, Mérillou et Michau, Mme Monier, MM. Montaugé, Pla et Redon-Sarrazy, Mme S. Robert, MM. Roiron, Ros, Tissot, Uzenat, M. Vallet, Ziane et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 30

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

La structure ne peut facturer aucun dépassement d'honoraires.

La parole est à Mme Corinne Féret.

Mme Corinne Féret. Cet amendement vise à clarifier un principe simple, mais essentiel : les structures participant à la permanence des soins ambulatoires, la PDSA, ne sauraient facturer aucun dépassement d'honoraires.

La PDSA répond à une mission de service public : garantir à chacun, partout sur le territoire, un accès aux soins non programmés en dehors des heures d'ouverture habituelles, sans que le coût devienne un frein.

Or, aujourd'hui, certaines situations ambiguës subsistent, permettant à des structures privées dispensant des soins non programmés de pratiquer des dépassements d'honoraires, y compris dans le cadre des permanences de soins. Cette situation crée une rupture d'égalité entre les patients, au détriment des plus modestes, et va à l'encontre de l'objectif même de la PDSA, qui doit être un filet de sécurité et non un facteur de renoncement aux soins.

La disposition que nous proposons ne crée aucune contrainte nouvelle pour les professionnels déjà engagés dans la PDSA. Il s'agit simplement d'affirmer, noir sur blanc, que cette mission ne peut pas donner lieu à des pratiques tarifaires dérogatoires. Cet amendement s'inscrit dans la continuité des principes du système conventionnel :

lorsqu'un professionnel participe à une mission de service public, l'accès des patients aux soins qu'il dispense doit être financièrement garanti.

Mme la présidente. L'amendement n° 1395, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, M. Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

Alinéa 32

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

La structure ne peut facturer aucun dépassement d'honoraires.

La parole est à Mme Anne Souyris.

Mme Anne Souyris. Cet amendement, comme les précédents, vise à préciser que les structures de soins non programmés ne sont pas autorisées à facturer des dépassements d'honoraires, afin de garantir à toutes et à tous un accès aux soins effectif et équitable.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Plusieurs de ces amendements ont pour objet de fixer un objectif quantitatif maximal de structures de soins non programmés pour chaque territoire, afin de limiter le nombre d'implantations.

Je n'y suis pas favorable : il faut conserver de la souplesse, en tenant compte de la diversité juridique des structures concernées, qui peuvent aussi bien être des cabinets médicaux que des sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires ou des maisons de santé.

Ces structures n'ont pas à être soumises à un objectif quantitatif d'implantation, notamment en ce qui concerne – imaginez ! – les cabinets médicaux et les Sisa, dont l'ouverture peut difficilement être empêchée par une agence régionale de santé. Nous nous battons suffisamment contre la désertification médicale pour ne pas décourager les bonnes volontés.

Par ailleurs, l'enjeu est d'encadrer non seulement le nombre et l'implantation des structures, mais aussi leurs conditions de fonctionnement : avec quels médecins assurent-elles leur activité ? à quels horaires ? dans quelles conditions financières ? La plupart de ces sujets pourront être traités dans le cahier des charges que définira le ministère de la santé après – je le souhaite fortement – une consultation des représentants du secteur des soins non programmés.

Je ne reviens pas sur l'amendement n° 657 de la commission, dont la rédaction me semble équilibrée.

Sur les amendements identiques n°s 362 rectifié bis, 370 rectifié bis et 1280 rectifié bis, la commission a émis un avis défavorable, puisqu'il s'agit de prévoir des objectifs quantitatifs maximaux de structures autorisées sur les territoires.

M. Khalifé propose tout simplement de supprimer les dispositions de l'article 21 relatives aux centres de soins non programmés. Je demande donc le retrait de son amendement n° 567 ; à défaut, l'avis de la commission serait défavorable.

L'amendement n° 1616 de Mme Poumirol vise à rendre obligatoire l'agrément des structures de soins non programmés par le directeur de l'agence régionale de santé. De nouveau, je n'y suis pas favorable, eu égard à la diversité des formes que peuvent prendre ces structures : centres de

santé, cabinets médicaux, Sisa, maisons de santé pluriprofessionnelles, etc. Dans certains de ces cas, la procédure de l'agrément ne me paraît pas adaptée.

Quant à l'amendement n° 462 rectifié de M. Milon, j'en demande le retrait : il sera satisfait par l'adoption de l'amendement de la commission.

L'amendement n° 1619 de Mme Poumirol vise à réorienter les patients vers des professionnels du secteur 1, lorsque la structure de soins non programmés pratique des dépassements d'honoraires.

Je rappelle que la pratique des dépassements d'honoraires fait l'objet d'une obligation d'affichage et que les patients en sont normalement informés avant toute consultation. Je suis certes favorable à ce qu'il n'y ait pas de dépassements d'honoraires et il faut certainement renforcer l'obligation de transparence des professionnels de santé dans l'information qu'ils doivent aux patients. En revanche, lesdits professionnels n'ont pas à assumer la charge d'une réorientation du patient vers un confrère.

Je demande donc à Mme Poumirol de bien vouloir retirer cet amendement ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable.

L'amendement n° 1660 de Mme Le Houerou vise à ce que les ARS fixent un objectif quantitatif par territoire d'implantation de ces structures. J'ai déjà évoqué cette proposition : avis défavorable.

Mme Souyris propose, par son amendement n° 1602, de restreindre les structures de soins non programmés au secteur public ou au secteur privé à but non lucratif.

Or il me semble que le secteur privé lucratif peut lui aussi contribuer à assurer des missions de service public. Il n'y a donc pas de raison de l'exclure du champ des activités de soins non programmés.

Pour autant, je partage votre préoccupation, ma chère collègue, concernant la financiarisation. Vous le savez, nous sommes très mobilisés sur ce sujet ; dès lors qu'un cahier des charges très précis aura été rédigé par le ministère, j'espère que l'activité des structures concernées fera l'objet d'un encadrement adéquat.

Du reste, mes chers collègues, vous aurez noté que, dans l'amendement que je vous soumets, je demande la participation de ces structures à la permanence des soins, afin d'éviter que certains centres de soins immédiats non programmés n'ouvrent que de huit heures à vingt heures, « aspirant » des médecins urgentistes de l'hôpital, attirés par le confort d'exercice, sans participer à la permanence des soins.

Sur les amendements n°s 1794, 1649 et 1395, enfin, l'avis de la commission est défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Ce que nous voulons avec cet article, c'est remettre de l'ordre dans ces structures et instaurer un cadre vertueux.

Je suis tout à fait d'accord pour qu'elles participent au SAS et à la PDSA. J'approuve aussi le lien avec les hôpitaux et les CPTS, qui interviennent en complémentarité.

Je souhaite toutefois éviter de rigidifier ce cadre dans la loi. Les différences sur les territoires sont importantes et il importe de laisser de la souplesse. Les amendements qui tendent à instaurer des quotas introduisent une rigidité excessive.

Je suis donc défavorable aux amendements identiques n°s 362 rectifié bis, 370 rectifié bis et 1280 rectifié bis, qui, même si leurs auteurs abordent aussi d'autres sujets qui sont par ailleurs intéressants, tendent à introduire plus de rigidité.

En ce qui concerne l'amendement n°567, la logique s'inverse : vous proposez d'alléger les contraintes applicables à ces structures. Or, comme je l'ai rappelé, un minimum de cadre s'impose : avis défavorable.

L'amendement n°657, présenté par Mme Imbert au nom de la commission, vise à réécrire les dispositions. Vous énumérez toutes les formes que peuvent prendre ces structures. Or cette énumération n'est pas vraiment indispensable, ces formes étant déjà incluses dans le texte. Pour autant, je m'en remets à la sagesse du Sénat.

Pour ce qui concerne l'amendement n° 1616, nous sommes d'accord sur le fond, mais vous proposez un agrément obligatoire. Or nous privilégions une approche moins rigide, en prévoyant un cahier des charges que ces structures devront respecter. Cette formule nous paraît plus souple et adaptable à toutes les structures. Avis défavorable.

L'amendement n° 462 rectifié est satisfait par l'alinéa 29 du texte.

L'amendement n° 1619 vise à permettre une orientation des patients par le médecin traitant vers un médecin spécialiste de secteur 1. Dans les conditions actuelles d'accès aux soins, sa mise en œuvre opérationnelle se révélerait trop complexe. Pour autant, le sujet des dépassements d'honoraires sera abordé ultérieurement dans nos débats.

L'amendement n° 1660 appelle également un avis défavorable, puisqu'il tend à fixer des objectifs quantitatifs.

Même avis pour l'amendement n° 1602 : il tend à limiter l'autorisation aux seules structures publiques, alors que de nombreux cabinets de médecins libéraux fonctionnent déjà comme centres de soins non programmés.

L'amendement n° 1794 vise à réservier les soins non programmés à ces seules structures. Or des maisons médicales qui ne se définissent pas ainsi en assurent quotidiennement. Cet amendement conduirait à les exclure. L'avis est donc défavorable.

Enfin, les amendements n°s 1649 et 1395 reçoivent, eux aussi, un avis défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 362 rectifié bis, 370 rectifié bis et 1280 rectifié bis.

(*Les amendements ne sont pas adoptés.*)

Mme la présidente. Monsieur Khalifé, l'amendement n° 567 est-il maintenu ?

M. Khalifé Khalifé. Une fois n'est pas coutume, je vais le maintenir, madame la présidente. Je suis convaincu des méfaits de la création de ces nouveaux centres.

J'estime préférable d'améliorer le fonctionnement des structures qui existent, éventuellement en les labellisant, plutôt que de systématiser la création de nouvelles, même avec un cahier des charges précis. Je sais ce qui va se passer : ce cahier des charges sera analysé à 300 kilomètres de là, dans le bureau du référent de l'ARS qui délivrera des autorisations échappant largement à la réalité du terrain.

Pour cette raison, malgré l'avis défavorable, je maintiens mon amendement.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 567.

(*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. En conséquence, les amendements n°s 657, 1616, 462 rectifié, 1619, 1660, 1602, 1794, 1649 et 1395 n'ont plus d'objet.

L'amendement n° 1002 rectifié, présenté par M. Delcros, Mme Antoine, MM. Maurey et Duffourg, Mmes Romagny, Sollogoub et Billon, MM. P. Martin, Levi et Parigi et Mme Gacquerre, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 21

Insérer quatre alinéas ainsi rédigés :

... ° L'article L. 5125-3 est ainsi modifié :

a) Le c du 2° est abrogé ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« ... ° L'ouverture d'une officine par voie de création, dans les communes situées en zones France ruralités revitalisation mentionnées aux II et III de l'article 44 quindecies A du code général des impôts, lorsque le nombre d'habitants recensés est au moins égal à 1 000 depuis deux ans à compter de la publication du dernier recensement mentionné au même article et si aucune décision autorisant cette ouverture par voie de transfert ou regroupement n'a été prise dans ce délai. »;

La parole est à Mme Nadia Sollogoub.

Mme Nadia Sollogoub. Cet amendement de Bernard Delcros vise à faciliter l'implantation d'officines de pharmacie par voie de création dans les communes situées en zone France Ruralités Revitalisation (FRR). Il tend à abaisser de 2 500 à 1 000 habitants le seuil à partir duquel le directeur de l'agence régionale de santé peut autoriser la création d'une officine, lorsque ni transfert ni regroupement n'est envisagé.

En l'état actuel du droit, une pharmacie qui ferme dans un bourg-centre de moins de 2 500 habitants ne peut pas être remplacée par voie de création d'une nouvelle officine, ce qui contribue à la désertification médicale dans ces territoires.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement tend à abaisser, dans les zones FRR, le seuil démographique permettant d'autoriser la création de nouvelles officines pharmaceutiques de 2 500 à 1 000 habitants.

J'ai proposé un amendement visant à étendre l'expérimentation des antennes de pharmacie, ce qui devrait permettre de répondre à la préoccupation des auteurs de cet amendement. Pour aller plus loin, je proposerai aussi de pérenniser en droit la notion d'antenne.

Certains territoires – le sujet des officines est très sensible depuis quelques mois – sont confrontés à un manque d'attractivité pour que les officines s'implantent ou survivent. Certaines ferment faute d'atteindre un équilibre économique dans les zones les plus isolées.

La priorité est de soutenir le maillage officinal existant sans le déstabiliser par la création de nouvelles officines. Je propose donc une solution différente de celle prévue par les auteurs de l'amendement, fondée sur le développement des antennes dans les communes de moins de 2 500 habitants, dispositif qui me paraît plus adapté à la situation.

J'émetts donc un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. J'entends la volonté d'abaisser à 1 000 habitants le seuil de création. Une multiplication d'officines dans des communes de moins de 1 000 habitants risquerait toutefois de déstabiliser le maillage territorial.

Les pharmaciens, comme les médecins, ont connu le *numerus clausus*: leur démographie actuelle est basse, avec davantage de départs à la retraite que d'installations. Le seuil de 2 500 habitants permet, selon nous, de préserver le maillage territorial. Ce risque justifie une demande de retrait.

Mme la présidente. La parole est à Mme Nadia Sollogoub, pour explication de vote.

Mme Nadia Sollogoub. Nous connaissons tous la situation des officines et nous savons que certaines d'entre elles sont extrêmement fragiles économiquement, parce qu'il n'y a plus de médecin ou en raison de difficultés financières.

L'objet de cet amendement ne consiste nullement à encourager la création d'officines dans des secteurs où elles ne seraient pas viables. Un pharmacien qui envisagerait une installation procéderait, de toute évidence, à une étude de marché.

Si je soutiens cet amendement, c'est uniquement pour offrir une faculté, car des situations très particulières peuvent justifier la réouverture d'une pharmacie. Les antennes constituent une excellente réponse, mais elles ne suffisent pas toujours.

Je pense à une petite commune de la Nièvre, Fours, qui compte 1 000 habitants, où la pharmacie a fermé. Depuis, le maire, qui est infirmier, a réussi à faire revenir quatre médecins. Une crèche ouvrira bientôt, une maison de retraite existe déjà. Or, si un jour une pharmacie souhaitait rouvrir, ce ne serait pas possible.

Il s'agit donc simplement de préserver cette possibilité, de laisser ouverte une porte pour des cas très particuliers, lorsqu'une occasion se présenterait pour permettre le retour d'une pharmacie viable dans une commune d'au moins 1 000 habitants.

Mme la présidente. La parole est à M. Cédric Vial, pour explication de vote.

M. Cédric Vial. Il s'agit d'un sujet important. Je rappelle que l'interdiction d'installer une pharmacie dans une commune de moins de 2 500 habitants remonte au gouvernement Pétain : près de quatre-vingts ans se sont écoulés.

Aujourd'hui, la France compte un peu moins de 35 000 communes, dont 32 300 ont moins de 2 500 habitants. Autrement dit, on ne peut créer une pharmacie que sur environ 2 500 communes, contre 32 300 où cela est impossible, hors situations préexistantes.

Après la loi de 2017, une ordonnance de 2018 prévoyait des assouplissements pour les communes comprises entre 2 000 et 2 500 habitants. Nous avons attendu plus de sept ans pour que le décret d'application soit publié. Les décrets sont sortis, mais ils sont complètement inopérants. Je ne citerai personne, mais les forces en présence lors de la concertation qui a duré tout ce temps – l'ordre comme certains syndicats – ont obtenu des conditions telles que la mesure législative ne peut produire aucun effet.

Un assouplissement s'impose, car certains territoires présentent des situations particulières. Pour autant, je ne suis pas convaincu par la mesure proposée dans cet amendement.

Je rappelle toutefois que nous avons déjà débattu au Sénat de ce sujet et que nous avons voté en faveur d'une approche fondée non plus sur la commune, mais sur le bassin de vie, ce qui paraît logique.

J'ai déposé une proposition de loi en 2022, elle a été reprise en 2024 par Maryse Carrère et le groupe du RDSE et ce texte instituant un seuil de 3 500 habitants par bassin de vie a été voté par notre assemblée. Notre approche est donc tout à fait sérieuse. Dans le droit actuel, deux communes de 2 000 habitants contigües, dépourvues de pharmacie, n'ont pas le droit d'en ouvrir une, alors qu'une commune de 2 500 ou 3 500 habitants y est autorisée. Cette incohérence appelle une évolution.

Il faudra assouplir les règles. La mesure présentée ici n'est pas efficace, nous y reviendrons lors de l'examen des propositions de Mme Imbert, mais le sujet mérite d'être débattu.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Luc Fichet, pour explication de vote.

M. Jean-Luc Fichet. La question du seuil d'ouverture des pharmacies doit être manipulée avec beaucoup de précautions.

Il ne faudrait pas laisser croire que des pharmacies pourraient avoir une activité économiquement viable dans des territoires dépourvus de médecins, alors que leur activité dépend environ à 60 % des ordonnances et à 40 % de la parapharmacie. Sans médecin à proximité, les officines vivotent ou se retrouvent en grande difficulté. C'est un vrai problème.

Les antennes de pharmacie paraissent constituer une piste, mais la question de leur financement demeure entière. Dans le domaine de la santé, compétence régionale, on propose d'installer dans les zones désertées des médecins juniors ou des antennes de pharmacie, puis on sollicite les collectivités en leur demandant d'aménager les locaux, de financer le matériel, etc. Parfois, on promet d'examiner ensuite comment compléter le dispositif... Or nombre de collectivités n'ont pas les moyens d'assumer de tels investissements, qui peuvent, qui plus est, se révéler éphémères. Les médecins juniors peuvent venir une fois, puis ne plus revenir !

Toute cette construction me semble déjà en péril : les maîtres de stage manquent, les locaux aussi ; dans les communes rurales, on ouvre des internats ruraux qui ne trouvent pas de clients. Il faut donc être très attentifs à tous ces sujets.

Mme la présidente. La parole est à Mme Brigitte Bourguignon, pour explication de vote.

Mme Brigitte Bourguignon. Je soutiens l'amendement de M. Delcros, même si nous défendrons tout à l'heure un amendement de repli qui a recueilli l'assentiment de la commission.

La situation qui a été décrite diffère de celle que je connais dans mon département : un porteur de projet privé ne peut pas ouvrir de pharmacie dans une commune de 2 500 habitants, car une officine se situe à 8 kilomètres. Pour le maire, la situation reste très difficile à entendre, alors qu'il a fait construire une maison de santé. On lui répond que, de toute façon, l'ordre des pharmaciens s'opposera à l'installation, qu'il y aura des conflits et des recours, lesquels empêchent systématiquement la réalisation des projets. C'est insensé. Tout cela crée une situation pour le moins compliquée dans les territoires.

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Le sujet est complexe et je ne souhaite pas que, par la voie d'un amendement voté un dimanche après-midi, l'on remette en cause l'équilibre et la répartition des officines dans notre pays.

L'accès aux soins constitue naturellement le cœur du débat. Certaines situations particulières existent, comme celle évoquée par Nadia Sollogoub, dans quelques communes.

J'ai l'impression que les officines, dont on se moquait un peu dans le passé, deviennent un enjeu politique en vue des élections municipales. (*Mme Brigitte Bourguignon fait un signe de dénégation.*) Le sujet est important. Chacun d'entre vous a été sollicité dans son département par des pharmaciens confrontés, vous le savez, madame la ministre, à des difficultés économiques liées à l'arrêté relatif au plafond des remises sur les médicaments génériques.

Je veux bien que l'on ouvre des officines dans des lieux isolés, mais ce seraient des structures avec un faible chiffre d'affaires et des conditions d'exercice contraignantes. Une officine ne peut pas fermer plus de soixante-douze heures d'affilée : sans remplaçant ni adjoint – et lorsqu'on réalise un petit chiffre d'affaires, on n'a pas d'adjoint –, on ne peut pas s'arrêter ni prendre de congés. Il faut garder cela à l'esprit.

Les jeunes pharmaciens diplômés recherchent de la qualité de vie ; ils n'acceptent plus d'être corvéables à merci comme on pouvait l'être autrefois quand on exerçait dans un petit village. Il faut garder toutes ces évolutions en tête.

Même s'il existe des communes de moins de 2 500 habitants où un pôle santé s'est créé grâce à l'initiative des élus, ces questions méritent d'être étudiées à tête reposée. Les pharmaciens ne sont pas de simples pions. Tout cela mérite une concertation avec les représentants de la profession.

Les autorisations d'ouverture d'une officine sont de la compétence des agences régionales de santé. L'ordre et les syndicats émettent un avis consultatif. Nous avons souvent vu des avis défavorables de ces derniers, puis un avis favorable de l'ARS. J'ai des exemples en tête.

Il faut donc se garder de modifier les règles au détour d'un amendement, un dimanche après-midi.

Mme Anne-Sophie Romagny. Ce n'est pas une raison !

M. Martin Lévrier. Supprimons les amendements du dimanche après-midi ! (*Sourires.*)

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Il convient de respecter une profession que l'on regardait parfois de loin, avec l'idée qu'elle ne courait aucun risque – ce n'est plus le cas. Il y a un enjeu d'aménagement du territoire. Nous parlerons tout à l'heure de la visibilité des structures d'accès aux soins : la croix verte clignote, mais nous avons perdu 5 000 officines sur le territoire national. Il faut se poser des questions.

Je rappelle que la loi autorise aujourd'hui l'installation d'une officine dans une commune de moins de 2 500 habitants par transfert ou regroupement, dès lors que celle-ci dessert un certain bassin de population. Nous retrouvons là la notion de bassin de vie évoquée par Cédric Vial. Cette possibilité existe dans le droit actuel.

Mme la présidente. La parole est à Mme Martine Berthet, pour explication de vote.

Mme Martine Berthet. Je souhaitais rappeler que, en dehors des créations, la voie du transfert de licence demeure ouverte. Il n'est pas envisageable de remettre en cause le maillage officinal, qui a largement démontré son efficacité.

Les officines traversent aujourd'hui de réelles difficultés économiques. Autoriser des créations supplémentaires, alors que certaines pharmacies ferment et qu'un transfert de licence peut suffire, me paraît moins judicieux que de s'en tenir à la situation actuelle.

Il faut surtout développer et généraliser le système des antennes, qui constitue, à mon sens, la meilleure solution pour les territoires comme pour l'équilibre économique.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Je comprends l'objet de l'amendement : dans certains cas très spécifiques, l'idée de créer une pharmacie peut sembler pertinente. Nous légiférons toutefois de manière globale.

Le tissu des officines se fragilise, c'est indéniable. Les organisations professionnelles l'expliquent clairement et Corinne Imbert l'a rappelé. La réponse passe notamment par la création d'antennes. Ce n'est certes pas parfait, mais créer une officine dans un lieu où il n'y en a plus impose d'examiner les raisons de cette disparition. Il ne faut pas, par ailleurs, fragiliser le tissu des officines environnantes.

L'offre de soins repose sur des équilibres précaires : dès que l'on modifie un élément, on menace l'ensemble, d'autant que le dispositif existant n'est pas non plus en bon état. Je m'en tiendrai donc à la solution actuelle, qui consiste à développer des antennes plutôt qu'à modifier la règle de création des officines.

Mme la présidente. La parole est à M. Daniel Chasseing, pour explication de vote.

M. Daniel Chasseing. Dans mon département, deux pharmacies ont transféré leur licence vers des officines proches, ce qui laisse désormais une zone d'environ 25 kilomètres sans pharmacie. Il paraît difficile de recréer une officine là où les précédentes ont fermé, mais le service doit être maintenu.

Il faudrait envisager que ceux qui rachètent une pharmacie et transfèrent la licence soient tenus de conserver une antenne afin d'éviter un éloignement excessif pour la population.

Mme la présidente. La parole est à M. Laurent Somon, pour explication de vote.

M. Laurent Somon. À l'instar de Mme la rapporteure et de M. Jomier, je suis très inquiet à l'idée de démultiplier les pharmacies. Nous constatons la fragilité des officines, notamment en milieu rural, où elles dépendent étroitement des maisons médicales.

Les maisons médicales pluriprofessionnelles et les pharmacies ne doivent pas devenir des enjeux électoraux municipaux : il s'agit d'un aménagement territorial majeur, qui doit être piloté par les départements, par l'ARS ou par toute autorité en mesure d'assurer une véritable offre de proximité. Tel est l'objectif que nous devons viser en priorité.

L'ouverture aux plus petites communes comporte un risque : dans les zones rurales, de petits commerces et des supermarchés se développent là où les grands groupes ne s'implantent plus. Il faut donc faire attention : en fragilisant les pharmacies, nous ouvririons la porte à la financiarisation du secteur. Cette brèche favoriserait, demain, l'entrée d'acteurs de la grande distribution cherchant des opportunités pour attirer le public, non seulement avec de la pharmacie, mais aussi avec d'autres activités qui n'ont rien à voir avec la santé publique.

Mme la présidente. La parole est à Mme Céline Brulin, pour explication de vote.

Mme Céline Brulin. Le débat est effectivement complexe. Nous serions plutôt favorables à ce que cet amendement poursuive son chemin dans la navette parlementaire. À défaut, ce sujet ne pourra plus être abordé d'ici à la fin de l'examen de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Le seuil de 2 500 habitants peut être questionné comme tout seuil. Cela me rappelle, bien que ce soit un autre sujet, celui imposé pour la création des communautés de communes, qui a parfois abouti à des entités sans aucun rapport avec un bassin de vie. Il faut se méfier des chiffres trop abrupts.

Au fond, le véritable sujet, c'est le modèle économique des pharmacies d'officine. Le mouvement important des pharmaciens après l'abaissement des remises, consécutif à l'alerte sur le dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), montre que ce modèle évolue.

J'entends l'argument selon lequel une pharmacie ne vit pas sans médecins. À l'inverse, heureusement qu'il reste une officine dans certains territoires : le pharmacien constitue parfois le dernier professionnel de santé auquel la population peut s'adresser.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Bien sûr!

Mme Céline Brulin. Par ailleurs, le secteur de la grande distribution revient régulièrement dans ce débat.

Je plaide donc auprès de vous, madame la ministre, pour que cet amendement poursuive son parcours parlementaire et pour que nous engagions collectivement une réflexion sur le rôle et les missions des pharmacies d'officine. Elles assument des tâches croissantes. Des rémunérations forfaitaires doivent sans doute être développées et réévaluées, notamment pour certaines activités. Nous sommes à l'aube de profonds changements.

Mme la présidente. La parole est à M. Khalifé Khalifé, pour explication de vote.

M. Khalifé Khalifé. Je souhaite apporter un témoignage sur les quotas. Je viens d'un département, la Moselle, régi par le régime local, où le ratio applicable aux officines est de 3 500 habitants et non de 2 500. Lors de la crise de cet été, nous avons constaté qu'aucune pharmacie, sur les 725 communes du département, n'était en difficulté, à l'exception d'une, déjà fragile auparavant.

Il semblerait donc que le seuil de 3 500 habitants soit le plus pertinent. En attendant d'aller plus loin, je soutiens le système des antennes proposé par notre rapporteure.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1002 rectifié.

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

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

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

Le scrutin est ouvert.

(*Le scrutin a lieu.*)

Mme la présidente. Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 50 :

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

Le Sénat n'a pas adopté.

Mes chers collègues, nous allons interrompre nos travaux pour quelques instants.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à dix-sept heures, est reprise à dix-sept heures dix.)

Mme la présidente. La séance est reprise.

Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 1191 est présenté par Mmes Brulin, Apourceau-Poly, Silvani et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky.

L'amendement n° 1390 est présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, M. Salmon et Mmes Senée et M. Vogel.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'alinéa 21

Insérer deux alinéas ainsi rédigés

...° Après l'article L. 4131-6, il est inséré un article L. 4131-6... ainsi rédigé :

« Art. L. 4131-6 – Dans les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé, définies par arrêté du directeur général de l'agence régionale de santé, le conventionnement d'un médecin libéral en application de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ne peut intervenir qu'en concomitance avec la cessation d'activité libérale d'un médecin exerçant dans des conditions équivalentes dans la même zone. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article. » ;

La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly, pour présenter l'amendement n° 1191.

Mme Cathy Apourceau-Poly. L'article 21 reprend les mesures du pacte de lutte contre les déserts médicaux pour améliorer l'accès aux soins. Nous considérons que ces mesures sont nettement insuffisantes pour répondre aux difficultés rencontrées par nos concitoyens pour accéder à un médecin.

Nous proposons de consolider l'article 21, en dotant notre pays d'un mécanisme de régulation de l'installation des médecins dans les zones à forte densité médicale.

Cet article prévoit de renforcer l'accès aux soins sur les territoires, y compris le soir et le week-end. Pour atteindre cet objectif, nous proposons de conditionner l'installation dans certaines zones à forte densité médicale au départ d'un médecin de cette même zone.

Selon un sondage de l'institut Odoxa de juin 2025, les difficultés d'accès aux soins ont progressé de 9 % en un an : 84 % des Français rencontrent des difficultés pour obtenir un

rendez-vous rapide chez un médecin spécialiste et 41 % connaissent le même problème pour voir rapidement un médecin généraliste.

Alors que 87 % de la population vit dans un désert médical, il nous semble indispensable de sortir du dogme de la liberté d'installation qui, avec le *numerus clausus* et la casse de l'hôpital public, a largement participé aux difficultés d'accès aux soins.

Mme la présidente. La parole est à Mme Anne Souyris, pour présenter l'amendement n° 1390.

Mme Anne Souyris. Par cet amendement, nous proposons, à l'instar du groupe CRCE-K, d'instaurer un conventionnement sélectif à l'installation des médecins dans les zones à forte densité médicale.

C'est une proposition *soft*, qui va moins loin, sur le plan de la régulation de l'installation, que la proposition de loi dite Garrot ou même que celle de Philippe Mouiller que nous avons examinée au printemps dernier.

Il s'agit de répondre à un enjeu essentiel : limiter la poursuite de la concentration de l'offre de soins au bénéfice d'une plus juste répartition territoriale, en prévoyant que le conventionnement d'un médecin libéral dans les zones où le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé ne puisse intervenir que concomitamment à la cessation d'activité d'un praticien exerçant dans des conditions équivalentes au sein de la même zone.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Ces amendements s'inspirent d'une disposition que nous avons soutenue dans le cadre de la proposition de loi dite Mouiller visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires.

Cette mesure vise à conditionner l'installation d'un médecin libéral en zone surdense à la cessation concomitante d'activité d'un autre médecin.

Les amendements présentés s'en distinguent toutefois sur plusieurs points.

Ils ne prévoient aucun mécanisme dérogatoire, lorsque le médecin qui projette de s'installer dans une zone surdense s'engage à exercer en zone sous-dense, ce que nous avions prévu dans la proposition de loi Mouiller.

Je souhaite que cette proposition, adoptée par le Sénat, avance à l'Assemblée nationale. Le Gouvernement avait d'ailleurs engagé la procédure accélérée sur ce texte ; je pense que nous pouvons raisonnablement espérer qu'il aboutisse.

Par ailleurs, il me semble que ces amendements seraient censurés par le Conseil constitutionnel, car la mesure ne relève pas du champ de la loi de financement de la sécurité sociale.

Pour ces raisons, j'émet un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. J'ai entendu dire que la liberté d'installation était un dogme qu'il fallait battre en brèche. Mais c'est l'opposé d'un dogme !

Mathématiquement, on ne peut pas répondre par de la régulation à une pénurie qui touche 90 % de notre territoire. Si nous avions beaucoup de médecins, je ne verrais pas d'inconvénient à cette proposition. En l'occurrence, la mesure me paraît inefficace et même de nature à aggraver la situation.

Au reste, je ne sais pas si cet article est le lieu pour débattre de ce sujet.

Quo qu'il en soit, je suis très défavorable à ces deux amendements.

Mme la présidente. La parole est à M. Simon Uzenat, pour explication de vote.

M. Simon Uzenat. Madame la ministre, nous connaissons vos positions, qui sont assez « raccord » avec celles de la majorité sénatoriale. Notre divergence de vues est réelle.

Pour notre part, nous considérons que c'est lorsqu'il y a pénurie qu'il faut réguler, afin de limiter les écarts et les inégalités. L'histoire nous l'a clairement démontré.

Madame la ministre, je suis au regret de vous rappeler que nombre de nos concitoyens vivent aujourd'hui dans des territoires abandonnés par les professionnels de santé, alors même que ces derniers sont, de fait, rémunérés en grande partie par de l'argent public.

Au demeurant, en admettant votre argument, la régulation des autres professions de santé devrait tomber. Or à quoi assistons-nous ces dernières années, si ce n'est à une montée en puissance de la régulation de l'installation des professionnels de santé ? Il n'y a pas de raison que les médecins y échappent. Cela se fait d'ailleurs dans d'autres pays de l'Union européenne, que l'on ne peut pas soupçonner d'être des économies administrées... Les choses sont très claires !

J'y insiste, on voit bien que les mesures incitatives ne fonctionnent pas, que tout l'argent qui a été dépensé l'a été en vain.

À un moment donné, la puissance publique doit envoyer un message clair, à la fois aux professionnels de santé et à nos concitoyens. Ces derniers attendent légitimement de pouvoir bénéficier des mêmes droits que les autres et de ne pas être considérés comme des citoyens de seconde zone, reçus dans des cabinets secondaires par des médecins qui changent tous les quatre matins – quand ils viennent jusque-là – et qui, au mieux, sont présents, sur la base du volontariat, deux jours par mois. Une telle situation n'est pas acceptable, madame la ministre !

Nous sommes bien conscients qu'il n'y a pas de solution magique et que le chemin est long, mais nous devons assumer et revendiquer une régulation de l'installation des médecins. J'ajoute que les auteurs de ces amendements proposent un format relativement souple. De fait, il s'agit d'une disposition très mesurée ; il pourrait y avoir des solutions beaucoup plus drastiques.

Nous souhaitons que les choses puissent avancer. L'Assemblée nationale a proposé un chemin.

Mme la présidente. Il faut conclure.

M. Simon Uzenat. Il nous faut maintenant l'emprunter.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Stéphanie Rist, ministre. Je vais essayer de développer quelques arguments pour conforter ma position.

Nous dressons le même constat : ce dont les patients ont besoin dans nos territoires, c'est, en premier lieu, d'un médecin généraliste traitant.

La première raison pour laquelle une régulation, telle qu'elle est proposée, ne serait pas bonne est que, contrairement à d'autres métiers – on peut penser, par exemple, aux enseignants –, le jeune médecin que l'on contraindra d'une

façon ou d'une autre à s'installer dans un endroit où il ne veut pas aller a la possibilité de choisir d'autres modes d'exercice, si tant est qu'il veuille rester médecin...

Il pourra choisir l'un des nombreux postes disponibles dans les établissements de santé – hôpital ou clinique. Il pourra choisir un autre secteur, par exemple médecin de la sécurité sociale ou du travail. Il pourra aussi aller exercer à l'étranger, y compris dans un pays voisin, puisque, partout dans le monde, la démographie médicale est trop faible.

La première raison pour laquelle votre solution ne sera pas efficace est donc que le médecin peut faire autre chose.

Par ailleurs, vous évoquez les autres secteurs régulés, comme les officines. Or nous constatons que, en raison du *numerus clausus* qui est l'un des facteurs explicatifs des difficultés toujours croissantes dans nos territoires, la régulation – le débat que nous venons d'avoir sur les officines a pourtant montré qu'elle était poussée et bien organisée – ne fonctionne pas dès lors que la démographie n'est pas favorable.

Je vais m'en tenir à ces deux raisons.

Vous dites, monsieur Uzenat, qu'il faut un message clair, mais ce n'est pas un message de vérité que ces amendements envoient à nos concitoyens. Leur dispositif paraît constituer une solution, mais je suis profondément convaincue que leur adoption agraverait en fait la situation.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Luc Fichet, pour explication de vote.

M. Jean-Luc Fichet. Madame la ministre, les pharmacies sont régulées et nous venons de voter le maintien du droit actuel – pas de création dans les communes de moins de 2 500 habitants.

Pour ma part, comme je le dis depuis très longtemps, je suis favorable à la régulation de la présence des médecins sur l'ensemble du territoire. Si l'on régule la présence des médecins, on règle en partie le problème des pharmacies et un certain nombre d'autres difficultés.

Il faut écouter ce que disent les collectivités territoriales sur la question de la santé. Depuis 2009, ce sont vingt-cinq dispositifs qui se cumulent pour inciter à l'installation des médecins là où on a besoin d'eux. Ces dispositifs représentent énormément d'argent. Leur description – la Cour des comptes a récemment dressé leur tableau lors d'une audition devant la commission des affaires sociales – est absolument incroyable.

De ce point de vue, le système du déconventionnement est un minimum, mais c'est au moins un premier moyen pour essayer de dissuader les médecins de s'installer dans des zones où il y en a déjà trop.

Par ailleurs, je veux dire qu'il n'est pas vrai que 90 % du territoire se trouve désormais en zone désertique. Moi qui habite en zone rurale, je sais ce que c'est que de chercher un médecin ! En revanche, à Paris, où j'ai la chance de me rendre toutes les semaines, je ne rencontre aucune difficulté à obtenir une consultation chez un spécialiste dans les vingt-quatre heures...

Il est faux de dire que l'Île-de-France ou la région de Rennes sont des déserts médicaux. En revanche, je veux bien que l'on parle du Centre-Bretagne !

Mme la présidente. La parole est à Mme Céline Brulin, pour explication de vote.

Mme Céline Brulin. Nous vous rejoignons, madame la ministre, sur l'existence d'un problème démographique. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle nous plaidons en faveur d'un effort de formation autrement plus important qu'aujourd'hui, car nous sommes encore très en deçà des besoins.

En effet, outre le problème des déserts médicaux, les médecins, nous le savons, ne travaillent plus autant que leurs prédecesseurs, ce dont nous ne saurions leur faire grief.

Je pourrais également évoquer les besoins qu'occasionne le vieillissement de la population et d'autres questions encore. Il faut donc vraiment davantage de médecins.

Cependant, le problème n'est pas que démographique : nous constatons que, même lorsqu'il y a un peu plus de médecins formés, ces derniers s'installent souvent là où leurs confrères exercent déjà. En revanche, ils sont toujours moins nombreux à s'installer dans les déserts médicaux. Il y a donc bien un problème de régulation.

J'entends que vous êtes, comme d'autres, opposée à nos amendements. Cette opposition est récurrente. Mais, pour l'instant, nous ne voyons pas d'autres réponses d'ordre structurel.

Mme Stéphanie Rist, ministre. Cela vient plus loin dans le texte !

Mme Céline Brulin. J'y viens, au risque de vous devancer, madame la ministre. Je ne considère pas que ce qui est proposé à l'article 21 bis soit d'ordre structurel. J'ai plutôt l'impression que c'est du bricolage.

En ce moment, les ministres de la santé se succèdent – je le dis avec tout le respect que je vous dois – et, dans ce défilé, chacun y va de son dispositif. Les mesures s'empilent et plus personne n'y comprend rien.

Nous constatons que les réponses apportées, par exemple l'accueil de médecins solidaires dans 151 communautés de communes, mettent en colère tout un tas de territoires qui sont objectivement, selon les chiffres mêmes des agences régionales de santé, des déserts médicaux, mais ne verront pas arriver le moindre nouveau médecin.

Par conséquent, oui, nous continuerons de proposer cette régulation,...

Mme la présidente. Il faut conclure.

Mme Céline Brulin. ... puisque nous ne voyons pas venir de réponses structurelles.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Cela fait partie des débats de l'année... (Sourires.)

Je répète que je ne suis pas philosophiquement opposé à la régulation ou à l'obligation. Le problème que j'y vois est que cela ne fonctionnera pas.

La première raison est très simple : je l'ai déjà dit, les jeunes médecins ne sont pas des poissons rouges que l'on transfère d'un aquarium à un autre.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale de la commission des affaires sociales. Exactement !

M. Bernard Jomier. Le système n'est pas clos. Même si on peut le regretter, nous sommes dans un système ouvert, dont on peut s'échapper de multiples façons. Or, par définition, une obligation est faite pour que l'on n'y échappe pas. Dès lors que l'on peut y échapper, elle ne tient plus.

En l'occurrence, il est tellement simple d'échapper à la régulation ! Il y a une telle pénurie, tellement d'endroits où un médecin peut aller travailler, tellement d'autres façons d'exercer que cela n'a aucune chance d'aboutir à quoi que ce soit.

Deuxièmement, il est faux de dire que les professions régulées sont les mieux réparties sur le territoire – je vous invite à consulter les atlas.

La profession régulée depuis le plus longtemps est, me semble-t-il, celle d'infirmier. Or leur répartition est très hétérogène. Pourquoi cela se voit-il peu ? Parce que les infirmières sont nombreuses ! Il y en a énormément ; il y en a même excessivement. (*Mme Céline Brulin le conteste.*)

Oui, ma chère collègue, nous en avons formé énormément ! Malgré tout, nous en manquons à certains endroits, parce que leur répartition est très inégale malgré la régulation. Quand les gens ne veulent pas, ils ne veulent pas ! On le sait depuis l'expérience algérienne des années 1960 : les autorités avaient tenté d'envoyer dans le sud du pays les médecins qui restaient sur la côte nord, à Alger, et cela n'a pas plus marché que chez nous.

Ce n'est donc pas une question philosophique : c'est une question pratique. Il faut faire autrement.

En revanche, je veux y insister, 4 000 jeunes médecins vont arriver dans 100 départements, soit 40 par département.

Mme Sophie Primas. Et chaque année !

M. Bernard Jomier. Un échec de cette initiative serait une honte pour nos territoires.

Et, dans cette situation, les étudiants ne peuvent pas échapper à l'obligation. Encore faut-il respecter ces jeunes médecins et créer les conditions qui les amèneront, ensuite, à rester dans ces territoires.

Mme la présidente. La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly, pour explication de vote.

Mme Cathy Apourceau-Poly. J'entends ce qui est dit, madame la ministre. Évidemment, le *numerus clausus* nous a plombés et nous plombera pendant encore quelques années – nous en avons tous convenu.

De ce point de vue, ce qu'on a inventé à la place, le parcours accès spécifique santé et la licence accès santé (LAS), ne vaut pas mieux ! Il faut bien reconnaître que c'est un fouillis...

Comme cela nous a été dit lors des auditions, on a cru que la suppression du *numerus clausus* améliorerait beaucoup les choses, mais on s'est rendu compte que le Pass-LAS était une usine à gaz et que personne n'y comprenait rien. Des mesures ont d'ailleurs dû être prises pour régler certaines difficultés.

Cependant, que l'on dise que la régulation ne fonctionnera pas ne pose problème. A-t-on seulement essayé un jour ? Jamais ! Comment peut-on donc nous dire que la régulation ne marchera pas ? La preuve du pudding, c'est qu'on le mange...

Pour ma part, je propose que nous essayions pendant un an ou deux. Nous ferons alors le bilan pour voir si cela fonctionne ou pas, mais ne disons pas maintenant qu'il ne faut pas essayer, puisque nous ne l'avons jamais fait. Donnons-nous un, deux ou trois ans avant de tirer des conclusions.

Mme Élisabeth Doineau, rapporteure générale de la commission des affaires sociales. Cela ne sert à rien !

Mme Cathy Apourceau-Poly. Vous hochez la tête, madame la rapporteure générale, mais nous n'avons pas essayé ! Alors, essayons.

Quelle est la situation aujourd'hui ? Je viens de regarder sur Doctolib, comme je l'ai fait l'an passé. Si je cherche un rendez-vous avec un médecin généraliste dans le VI^e arrondissement de Paris, j'en trouve un pour demain ou après-demain. Je n'ai rien contre les habitants du VI^e arrondissement ; tant mieux pour eux s'ils sont soignés.

Mais, dans mon territoire, trouver un médecin traitant, surtout en ruralité, est une autre affaire. Que me disent les gens qui cherchent à prendre un rendez-vous avec un généraliste ? Que le délai est d'une semaine, voire de dix ou quinze jours ! Il n'y a même plus de médecins traitants dans ma ville qui n'est pourtant pas une petite ville.

Mme la présidente. Il faut conclure.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Nous avons dû mettre en place un certain nombre de dispositifs pour avoir des médecins traitants.

Mme la présidente. La parole est à M. Daniel Chasseing, pour explication de vote.

M. Daniel Chasseing. Ce n'est pas parce que l'on n'a pas essayé une mesure qu'il faut nécessairement l'expérimenter ! J'entends dire qu'il faudrait le faire, parce que nous n'avons pas essayé. Cela ne marche pas toujours ainsi.

De nombreux choix s'offrent aux médecins – Mme la ministre l'a dit – et, si on les obligeait, ils pourraient être tentés de devenir salariés, voire d'aller exercer dans un autre pays.

Bernard Jomier parle de quarante médecins juniors par département. Certes, c'est ce à quoi l'on aboutit en moyenne si l'on fait la division, mais, en Corrèze, seize sont déjà affectés, ce qui n'est pas si mal. Leur déploiement commencera en novembre 2026 et continuera les années suivantes. Nous aurons alors fait un grand pas.

Voyons comment cela se passe avant de dire à des étudiants qu'ils doivent aller à tel ou tel endroit. Il est possible que l'obligation fonctionne, mais essayons d'abord la solution des médecins juniors.

Mme la présidente. La parole est à M. le vice-président de la commission.

M. Alain Milon, vice-président de la commission des affaires sociales. Je vais essayer de ne pas verser dans la provocation, mais cela s'annonce ardu.

Je tiens, d'abord, à souligner la dangerosité politique de la formule : « Nous n'avons jamais essayé. » Elle recèle un péril politique extrême ! (*Sourires et exclamations.*) Essayons autre chose que « Nous n'avons jamais essayé, allons-y ! ».

Je clos cette parenthèse et je présente mes excuses à nos collègues qui ont utilisé cette formule au sujet du médical et non du politique, mais elle pourrait bien se voir exploitée en ce sens.

Je souhaite revenir sur la démographie médicale.

Remontons à la loi instituant le *numerus clausus* en 1971. Lors de sa première application, par Mme Simone Veil, 7 500 médecins devaient être formés ; ensuite, sous M. Jack Ralite, on a réduit ce nombre à 3 500 et cette politique a perduré quasiment jusqu'à la période d'Alain Juppé.

Mme Céline Brulin. Jack Ralite n'est pas resté si longtemps ministre de la santé !

M. Alain Milon, vice-président de la commission des affaires sociales. Ce n'est qu'à partir de Lionel Jospin que le quota de médecins à former a commencé à augmenter, un mouvement poursuivi par Jean-Pierre Raffarin et ses successeurs à Matignon.

Je garde un souvenir précis des débats qui se sont tenus dans cet hémicycle sous la présidence de M. François Hollande, lors de l'examen de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. La ministre de l'époque, avec qui j'entretenais par ailleurs d'excellentes relations, nous répondait, lorsque nous alertions sur le manque de praticiens : « Il n'y a jamais eu autant de médecins sur le territoire national ! ».

Il est impératif de garder cet historique à l'esprit. Il est facile de déplorer l'absence de médecins et d'accuser l'actuelle ministre, qui n'en peut mais ; l'origine du problème est en réalité ancienne.

La première à avoir réagi face à ce système et acté la suppression du *numerus clausus* fut Mme Agnès Buzyn, que j'appréciais également. Elle a mis en œuvre cette réforme.

Je précise que l'arrivée de 3 700 médecins à partir de novembre 2026, évoquée par Bernard Jomier, découle de la proposition de loi visant à la consolidation et à la professionnalisation de la formation des internes en médecine générale présentée par Bruno Retailleau – je le regrette pour ses détracteurs, mais de notre côté, nous l'appréciions.

Mme Sophie Primas. Eh oui !

M. Alain Milon, vice-président de la commission des affaires sociales. Cette mesure a ensuite été introduite dans la loi *via* un amendement déposé par Corinne Imbert dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2023. Ces 3 700 praticiens s'installeront donc sur le territoire dès novembre 2026.

S'agissant des 13 500 médecins issus de la suppression du *numerus clausus*, leur formation exige dix années. Ils n'arriveront par conséquent qu'à partir de 2032.

Il convient également de mentionner la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires de M. Philippe Mouiller, laquelle prévoit notamment une analyse des besoins des territoires, menée conjointement avec les départements, les agences régionales de santé, l'ordre des médecins et les usagers. Cette mesure me paraît intéressante.

Surtout s'est imposée la nécessité, pour les médecins qui s'installent, quel que soit leur lieu d'exercice, de consacrer une partie de leur temps aux territoires médicalement désertifiés.

Nous travaillons donc sur ce sujet depuis des années. La formation d'un médecin requiert du temps et je ne vous le cache pas, je n'accorderais aucune confiance à un praticien formé en un, deux ou trois ans.

M. Martin Lévrier. Nous n'avons jamais essayé ! (*Sourires.*)

M. Alain Milon, vice-président de la commission des affaires sociales. N'essayez jamais, je vous en conjure ! (*Nouveaux sourires.*) Il faut dix ans pour former un médecin.

Les premiers effectifs disponibles, ceux issus de la proposition de loi de Bruno Retailleau, seront disponibles en novembre 2026, les suivants en 2032.

Je le redis, à compter de novembre 2026, nous accueillerons chaque année 3 700 nouveaux jeunes médecins sur le territoire. Cela laisse espérer des améliorations notables dans l'accès aux soins. (*Applaudissements sur des travées du groupe Les Républicains.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Stéphanie Rist, ministre. Je souhaite évoquer la situation de la jeunesse et singulièrement la première année du Pass-LAS.

J'ai engagé des travaux visant à améliorer cette première année, car nous nous accordons tous pour considérer que c'est nécessaire. J'ai été rapporteure de la loi qui a réformé les études de santé ; si celle-ci a bien mis fin au *numerus clausus*, son évaluation démontre à l'évidence qu'elle requiert encore des ajustements. Je rappelle du reste que la loi elle-même n'est pas en cause ; il convient surtout de revoir son application.

Le travail a débuté et une amélioration verra le jour à la rentrée 2027. L'objectif est une plus grande homogénéisation, ainsi qu'une capacité accrue d'encadrement et d'orientation des étudiants au sein de ces cursus devenus très complexes, dont le vécu s'avère douloureux.

Je voudrais vous parler des étudiants en santé. Nous évoquons tout à l'heure la santé mentale, les chiffres indiquent que ces étudiants ne vont pas bien : ils présentent deux fois plus de risques sur tous les indicateurs, qu'il s'agisse de tentatives de suicide ou de prises d'anxiolytiques, comparativement aux autres étudiants. Ce constat vaut pour l'ensemble des étudiants en santé, mais particulièrement pour ceux qui sont en médecine.

Nous portons la responsabilité collective de soutenir nos jeunes étudiants en médecine et de les écouter, lorsque nous débattons du sujet de la régulation. Écoutons-les aussi, quand ils nous soumettent des propositions pour se rendre dans les territoires, car ce sont des jeunes et ils n'ont pas *d'a priori*.

Ce constat a nourri les politiques de mes prédécesseurs – vous l'avez rappelé, je dois être la septième ou la huitième à ce poste en deux ans, ce qui incite à l'humilité – ; il préexistait évidemment à mon arrivée.

Les mesures prises permettront d'instaurer une première année de formation dans chaque département et de mieux faire connaître les territoires. Grâce au concours des collectivités, s'agissant notamment de l'aménagement des locaux pour les stages chez le médecin traitant et de l'adaptation des transports, ces mesures favoriseront l'installation de nos jeunes dans les territoires.

J'en viens aux docteurs juniors. Il nous faudra trouver un arrangement : l'amendement que vous avez voté sur le financement me pose un problème pour cette quatrième année. La navette parlementaire permettra, je l'espère, d'améliorer la situation.

Quoi qu'il en soit, les 3 700 jeunes qui arriveront seront bien accueillis dans ces territoires et, pour certains, y demeureront. Ce type de mesure a prouvé son utilité.

Dès lors, nous devons soutenir nos jeunes et répondre à leurs demandes, plutôt que de leur adresser un message de contrainte qui, de surcroît, serait inefficace, puisqu'ils ont la possibilité de s'orienter vers d'autres voies. Entourons-les, en ce moment plus que jamais.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 1191 et 1390.

(*Les amendements ne sont pas adoptés.*)

Mme la présidente. Je suis saisie de quatre amendements et d'un sous-amendement faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 1373 rectifié, présenté par Mme Berthet, M. Belin, Mmes Aeschlimann et Belrhiti, MM. Lefèvre et H. Leroy, Mme Petrus et MM. Saury, Sido et Somon, est ainsi libellé :

Alinéa 22

Supprimer cet alinéa.

La parole est à Mme Martine Berthet.

Mme Martine Berthet. Je le retire.

Mme la présidente. L'amendement n° 1373 rectifié est retiré.

Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 656 rectifié est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 757 rectifié *bis* est présenté par Mmes Bourguignon et Guidez, MM. Dhersin, Henno, Levi et Pillefer, Mme Billon, M. Canévet, Mme de La Provôté, MM. Duffourg et Haye et Mmes Patru, Vermeillet, Sollogoub et Antoine.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

I. – Alinéa 22

Rédiger ainsi cet alinéa :

3^e Le dernier alinéa du I de l'article L. 5125-4 est complété par les mots : « ou pour la création d'une seule antenne par le ou les pharmaciens titulaires d'une officine d'une commune limitrophe ou d'une officine parmi les plus proches géographiquement » ;

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

– Le 3^e du II entre en vigueur le 1^{er} juillet 2027.

La parole est à Mme la rapporteure, pour présenter l'amendement n° 656 rectifié.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement tend à réajuster le dispositif envisagé par le Gouvernement pour autoriser l'ouverture d'antennes d'officines dans la limite d'une antenne par officine, plutôt que de permettre l'ouverture de nouvelles officines.

Cette réponse apparaît plus adaptée ; elle préserve la structure et la solidité du réseau officinal. L'encadrement proposé permet, par ailleurs, de protéger le secteur officinal d'une progression de la financiarisation, puisque cet amendement tend à limiter la possibilité de création à une seule antenne par pharmacie. Il n'est ainsi pas question que des enseignes ouvrent plusieurs antennes dans notre pays.

Enfin, il est prévu d'appliquer ces dispositions à partir du 1^{er} juillet 2027, dans l'attente du déploiement des antennes en cours à titre expérimental.

Nous avons voté, tout à l'heure, l'élargissement de l'expérimentation à l'échelle nationale. C'est pourquoi je laisse passer un peu plus d'un an pour que cette expérimentation s'achève – de manière concluante, je l'espère – avant d'inscrire le dispositif dans la loi.

Mme la présidente. La parole est à Mme Brigitte Bourguignon, pour présenter l'amendement n° 757 rectifié *bis*.

Mme Brigitte Bourguignon. Je rejoins les propos de Mme la rapporteure, même si j'ai défendu l'amendement n° 1002 rectifié de Bernard Delcros.

Je suis disposée à entendre qu'on ne souhaite pas d'assouplissement pour les créations d'officines dans les territoires les plus en difficulté. Toutefois, je sais que, dans nos villages, la priorité n'est pas de créer des officines, mais surtout de ne pas perdre la dernière présence pharmaceutique locale.

En ouvrant des officines classiques là où l'activité n'est pas suffisamment viable, ne courrons-nous pas le risque de leur fermeture ?

M. Jean-Baptiste Lemoyne. Exactement !

Mme Brigitte Bourguignon. Les antennes rattachées à une officine existante constituent donc une solution de terrain plus souple : un comptoir, un pharmacien référent et un modèle économique solide.

Cet amendement ne complique en rien la situation qui a été évoquée ; il tend à préciser et à sécuriser le dispositif de l'article 21. Peut-être permettra-t-il d'apporter la preuve de l'utilité de cette mesure.

Mme la présidente. Le sous-amendement n° 832 rectifié *ter*, présenté par Mmes Guillotin, M. Carrère et Pantel, MM. Bilhac, Cabanel et Daubet, Mme N. Delattre, MM. Fialaire, Gold, Grosvalet et Guiol, Mme Jouve, MM. Masset et Roux et Mme Girardin, est ainsi libellé :

Amendement n° 656 rectifié, Alinéa 3

I. – Remplacer le mot :

Le

par le mot :

Au

II. – Remplacer les mots :

est complété par

par les mots :

, après le mot : « voie », sont insérés les mots : « de création, » et sont ajoutés

La parole est à Mme Véronique Guillotin.

Mme Véronique Guillotin. Ce sous-amendement tend à rétablir les deux possibilités : la création d'une antenne ou celle d'une officine.

J'ai entendu les remarques de Mme la rapporteure, mais ce dispositif est conforme à la proposition de loi tendant à préserver l'accès aux pharmacies dans les communes rurales que Maryse Carrère avait déposée et qui a été votée dans cet hémicycle en avril 2024.

Mme la présidente. L'amendement n° 852 rectifié *sexies*, présenté par MM. Lévrier, Lemoyne, Chasseing et Khalifé, Mmes Schillinger, Duranton et Havet, MM. Buis et Rambaud et Mme Lermytte, est ainsi libellé :

I. – Après l'alinéa 22

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

3^e bis Le dernier alinéa du I de l'article L. 5125-4 est complété par les mots : « ou pour la création d'une antenne par l'un des pharmaciens titulaires d'une officine d'une commune limitrophe ou d'une officine parmi les plus proches géographiquement, dans la limite d'une antenne par officine » ;

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

– Les 3^e et 3^e bis du II entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2027.

La parole est à M. Martin Lévrier.

M. Martin Lévrier. Il s'agit sensiblement de la même proposition. Je souhaite simplement m'assurer que, pour les communes de moins de 2 500 habitants, s'il existe une officine, celle-ci puisse être remplacée soit par une antenne, soit par une nouvelle officine.

J'avais en effet le sentiment, à l'écoute des propos de Mme la rapporteure, que je respecte profondément au demeurant, que seule une antenne était envisageable. Il serait regrettable, me semble-t-il, de se limiter à cette solution.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. L'amendement que j'ai présenté remplace effectivement la création d'officines par la création d'antennes d'officines, vous l'avez compris.

J'émetts par conséquent un avis défavorable sur le sous-amendement n°832 rectifié ter, ainsi que sur l'amendement n°852 rectifié sexies.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Je suis favorable à la coexistence des deux dispositifs.

Vous connaissez mon attachement aux antennes ; je considère qu'il s'agit du modèle le plus efficace. Il n'en demeure pas moins que, dans certains cas, la création d'une officine de plein exercice peut s'avérer nécessaire dans une commune de moins de 2 500 habitants.

Par conséquent, je serai favorable aux amendements n°s 656 rectifié et 757 rectifié bis de Mmes Imbert et Bourguignon, à la condition qu'ils soient modifiés par l'adoption du sous-amendement n°832 rectifié ter.

Si tel n'était pas le cas, mon avis serait alors défavorable.

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Je ne souhaite pas relancer le débat, mais j'ai foi dans le dispositif des antennes d'officines. Je considère qu'il constitue le meilleur outil pour assurer le service et l'accès aux soins, notamment aux médicaments, dans ces communes de moins de 2 500 habitants désormais dépourvues d'officines.

Cela renvoie à la question essentielle posée par Bernard Jomier : pourquoi n'y a-t-il plus d'officines dans ces communes ? Aujourd'hui, des pharmacies proposées à l'euro symbolique ne trouvent pas de repreneur ; nous devons en avoir conscience.

Dès lors, si demain quelqu'un crée une officine et que son modèle économique se révèle défaillant, qu'adviendra-t-il ? Elle fermera, sera rachetée et transférée. Le territoire n'y aura rien gagné.

À l'inverse, une antenne garantira, à mon sens, la pérennité de l'accès aux médicaments dans un territoire donné. Posez-vous la question des raisons de la disparition des pharmacies ! (Mme Brigitte Bourguignon s'exclame.) Notre objectif est bien d'assurer la pérennité de l'accès aux médicaments.

Mme la présidente. La parole est à M. Cédric Vial, pour explication de vote.

M. Cédric Vial. Ce sujet est très important. L'objectif demeure de faciliter l'accès aux soins, singulièrement dans les territoires ruraux. Or certains d'entre eux, très vastes, ne comptent aucune commune de 2 500 habitants et il est nécessaire d'y maintenir une offre, car la population globale est supérieure à ce seuil, bien qu'aucune commune ne l'atteigne isolément, je le redis.

Mme Anne-Sophie Romagny. Eh oui !

M. Cédric Vial. J'entends la nécessité de ne pas déstabiliser un maillage territorial vieux de quatre-vingts ans. Comme je l'indiquais, la situation a été figée : les officines existantes dans les petites communes peuvent perdurer.

Toutefois, si nous ne prenons pas en compte l'impossibilité actuelle de remplacer une pharmacie qui disparaît dans l'une de ces communes, nous brisons ce maillage. Pour le préserver, il est impératif d'autoriser la réinstallation d'une pharmacie dans ces localités, naturellement sous certaines conditions.

Nous modifions ici l'article L. 5125-4 du code de la santé publique, lequel conditionne l'installation à une desserte d'au moins 2 500 habitants.

Une complexité demeure, madame la ministre : la justification de ce chiffre. Il s'appuie en substance sur le nombre de cartes Vitale. Or cette donnée protégée est détenue par l'administration, et non par le pétitionnaire souhaitant s'implanter.

Je suis également favorable aux amendements de Mmes Imbert et Bourguignon modifiés par le sous-amendement de Mme Guillotin.

Bien que soutenant le principe des antennes de pharmacie, je considère que celles-ci ne sauraient constituer l'unique solution. L'installation d'une officine de plein exercice doit rester possible. Le droit actuel autorise l'installation par transfert ; la création représente une facilitation supplémentaire.

À la rigueur, je me rangerais à la proposition de Mme la rapporteure si vous pouviez nous assurer, madame la ministre, de votre vigilance pour rendre possibles les implantations par transfert.

Actuellement, dans les territoires, les ARS, ainsi que l'ordre et les syndicats de pharmaciens consultés, émettent systématiquement un avis négatif. Pouvons-nous obtenir l'assurance de cette facilitation ? À défaut, il nous faudra voter en faveur de la création d'officines.

Mme la présidente. La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour explication de vote.

Mme Véronique Guillotin. J'entends bien l'argument de la plus grande facilité et de la stabilité économique de l'antenne. Cela m'évoque les maisons de santé : nous évoluons vers ce modèle qui, à l'évidence, me semble devoir être promu ; pour autant, il demeure, dans certains lieux, des médecins, même jeunes, qui font le choix de s'installer seuls.

Si je connais peut-être moins le monde de la pharmacie que le secteur médical, je rappelle tout de même qu'il s'agit de professionnels indépendants. Celui qui s'installe a conscience de la responsabilité individuelle qu'implique l'exercice isolé ; ce n'est pas une collectivité qui procède à son installation.

J'entends donc les objections, mais, en adepte de la liberté, j'estime qu'il faut tenter de faire coexister les deux dispositifs.

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Je souhaite apporter une précision concernant la teneur du texte et de l'article auquel notre collègue Cédric Vial faisait allusion.

Le droit en vigueur autorise aujourd’hui la création, par voie de transfert ou de regroupement, d’une officine dans une commune de moins de 2 500 habitants, dès lors qu’elle dessert une population d’au moins 2 500 habitants. Il ne s’agit donc pas de la population municipale *stricto sensu*, mais bien de la population desservie.

Nous proposons d’ajouter la possibilité de créer une antenne par une officine d’une commune limitrophe ou parmi les plus proches géographiquement. La rédaction que je vous soumets n’écrase donc pas le texte actuel ; elle s’inscrira dans le droit à compter du 1^{er} juillet 2027, à l’issue de l’expérimentation des antennes de pharmacie.

Cette proposition ne revient nullement sur la possibilité de création par voie de transfert ou de regroupement dans les communes de 2 500 habitants ayant perdu une officine, puisque c’est bien ce sujet qui se trouve au cœur du débat.

Mme la présidente. La parole est à M. Martin Lévrier, pour explication de vote.

M. Martin Lévrier. Il s’agit avant tout d’un problème de compréhension dans la présentation. Mon amendement et le sous-amendement de Mme Guillotin sont quasiment identiques.

À la rigueur, je consens à modifier mon amendement pour qu’il corresponde à la proposition de Mme Guillotin, mais la nuance qui anime notre débat m’échappe complètement. Sur le fond, il me semble important de conserver les deux possibilités dont on parle.

Mme la présidente. La parole est à M. Daniel Chasseing, pour explication de vote.

M. Daniel Chasseing. Ne serait-il pas possible de prévoir que, lors du rachat d’une licence, l’acquéreur serait obligé, dans certains cas et en fonction du nombre d’habitants, de maintenir une antenne ?

Mme la présidente. La parole est à Mme Anne-Sophie Romagny, pour explication de vote.

Mme Anne-Sophie Romagny. J’ai déposé un amendement sur le même sujet qui sera examiné un peu plus tard, mais je souhaite intervenir dès à présent, parce que la question est importante.

Je citerai un cas très précis de mon département, la Marne. Depuis le début de cette discussion, alors que nous évoquons ces transferts, l’exemple de cette commune me vient à l’esprit : il s’agit d’une localité de moins de 2 500 habitants, dont le médecin a fait valoir ses droits à la retraite.

La pharmacienne qui y est installée souhaite en conséquence transférer son activité, c'est-à-dire déménager, vers une autre commune de moins de 2 500 habitants, faute de commune de 2 500 habitants à la ronde, car elle risque d’être contrainte de fermer en l’absence d’un médecin.

Elle voudrait simplement déplacer sa pharmacie de huit kilomètres, dans une commune de 938 habitants exactement qui dispose d’une maison de santé pluriprofessionnelle, d’un cabinet de kinésithérapie et, désormais, d’une crèche.

L’officine actuelle ne se situe pas sur l’axe pendulaire du secteur. Par conséquent, les patients n’effectuent pas le détour nécessaire de dix minutes pour récupérer leurs médicaments au sortir de la consultation médicale.

Cette pharmacienne souhaite donc simplement déménager sa structure à huit kilomètres, dans une commune de moins de 2 500 habitants, alors qu’elle exerce déjà dans une commune de la même strate. Or l’ARS lui oppose une fin de non-recevoir.

J’entends les débats, mais il est question ici d’une officine existante, vouée à la fermeture, car elle manque d’un flux suffisant. Si elle s’installait huit kilomètres plus loin, à côté de la MSP, elle assurerait sa viabilité. Elle demande juste à pouvoir déménager et cela lui est refusé. La situation est infernale !

Nous sommes en milieu rural ; j’entendais notre collègue Vial souligner tout à l’heure que nous ne disposons pas nécessairement de communes de 2 500 habitants à proximité. La loi doit tenir compte de ces cas. Nos territoires sont très hétérogènes, ils ne comptent pas systématiquement de grosses communes.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Stéphanie Rist, ministre. Dans l’idée de répondre précisément à ces sollicitations et de tenter d’avancer vers un compromis, je sollicite une courte suspension de séance.

Mme la présidente. Mes chers collègues, nous allons interrompre nos travaux pour quelques instants.

La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à dix-sept heures cinquante, est reprise à dix-huit heures.)

Mme la présidente. La séance est reprise.

La parole est à M. Martin Lévrier, pour explication de vote.

M. Martin Lévrier. Compte tenu des explications qui ont été données, je comprends les difficultés que pose le dispositif que je proposais d’introduire.

Je retire donc l’amendement n° 852 rectifié *sexies*, madame la présidente, et j’apporte mon soutien au sous-amendement de Mme Guillotin, car il me paraît important que la création d’officines soit possible. Si nous ne permettons plus que l’ouverture d’antennes, il ne sera pas possible de revenir en arrière.

Mme Véronique Guillotin. Nous sommes d’accord !

Mme la présidente. L’amendement n° 852 rectifié *sexies* est retiré.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Stéphanie Rist, ministre. Pour que les choses soient parfaitement claires, la rapporteure vous propose de généraliser la possibilité d’ouvrir des antennes, ce qui ne pose pas de difficulté.

Si cet amendement est adopté seul, il ne sera en revanche pas possible de créer une nouvelle officine dans les communes de moins de 2 500 habitants.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Baptiste Lemoyne, pour explication de vote.

M. Jean-Baptiste Lemoyne. Les termes du débat sont clairs : faut-il, dans les communes de moins de 2 500 habitants, permettre uniquement l’ouverture d’antennes d’officines ou bien y autoriser aussi, en sus de ces antennes, la création de nouvelles officines ?

Le Sénat est la chambre des territoires et je crois que, sur toutes les travées, nous avons à cœur, mes chers collègues, de faire confiance au terrain et à l’analyse locale pour trouver les meilleures solutions.

C’est pourquoi j’estime qu’il ne faut se priver d’aucun outil : dans certains territoires, l’ouverture d’une antenne sera la bonne solution, tandis que, dans d’autres, ce sera la création d’une nouvelle officine, le cas échéant la réouverture d’une officine précédemment fermée.

Il me paraît donc important de laisser ces deux options ouvertes. Faisons confiance aux élus, aux professionnels et aux ordres.

Mme la présidente. La parole est à Mme Frédérique Espagnac, pour explication de vote.

Mme Frédérique Espagnac. La possibilité d'ouvrir des antennes me paraît indispensable – elle est d'ailleurs demandée par de nombreux pharmaciens pour préserver l'équilibre économique de leur officine.

Comme Jean-Baptiste Lemoyne, je souhaite insister sur la confiance qui doit être accordée aux territoires. En tant que vice-présidente de l'Association nationale des élus de la montagne (Anem), je puis témoigner des grandes difficultés que rencontrent certains territoires qui ne peuvent pas rouvrir leur officine.

Le dispositif France Ruralités Revitalisation, sur lequel Bernard Delcros et moi-même avons travaillé avec d'autres collègues et que le Sénat a adopté, permet notamment aux territoires difficiles d'accès ou connaissant d'importantes hausses de population durant l'hiver ou l'été de bénéficier de conditions particulières – cela devrait aussi concerner les officines de pharmacie.

En tout état de cause, il me paraît fondamental de faire confiance aux territoires. Je soutiendrai donc le sous-amendement n° 832 rectifié *ter*.

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La création d'officines donne lieu à un débat animé !

Je souhaite attirer votre attention, mes chers collègues, sur un problème de cohérence. Lors du scrutin public sur l'amendement n° 1002 rectifié, nous avons rejeté, il y a quelques minutes, la possibilité de créer de nouvelles officines dans les communes d'au moins 1 000 habitants.

Si le sous-amendement n° 832 rectifié *ter*, qui tend à autoriser la création de nouvelles officines dans des communes de moins de 2 500 habitants, était adopté, de telles créations seraient permises dans les communes de moins de 1 000 habitants.

Mme la présidente. La parole est à Mme Nadia Sollogoub, pour explication de vote.

Mme Nadia Sollogoub. Je partage votre analyse, madame la rapporteure. Par l'amendement n° 1002 rectifié, mon collègue Bernard Delcros s'inscrivait dans une démarche tout à fait similaire à celle qui a présidé au dépôt du sous-amendement n° 832 rectifié *ter* par Mme Guillotin.

La généralisation de l'ouverture d'antennes est une très bonne chose, je crois que nous en sommes tous d'accord. Ce modèle est sans doute appelé à devenir universel ou, du moins, à être le plus fréquent.

Mais je rejoins M. Lemoyne : la situation est telle qu'il nous faut garder le champ des possibles ouvert. En effet, nous ne pouvons pas nous priver des initiatives qui pourraient émerger localement, même si, vu d'ici, nous pouvons avoir du mal à imaginer qu'elles puissent naître.

Mme la présidente. Je mets aux voix le sous-amendement n° 832 rectifié *ter*.

J'ai été saisie d'une demande de scrutin public émanant de la commission.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable et que celui du Gouvernement est favorable.

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

Le scrutin est ouvert.

(*Le scrutin a lieu.*)

Mme la présidente. Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 51 :

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

Le Sénat n'a pas adopté.

Je mets aux voix les amendements identiques n°s 656 rectifié et 757 rectifié *bis*.

J'ai été saisie d'une demande de scrutin public émanant de la commission.

Je rappelle que l'avis de la commission est favorable et que celui du Gouvernement est défavorable.

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

Le scrutin est ouvert.

(*Le scrutin a lieu.*)

Mme la présidente. Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 52 :

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

Le Sénat a adopté.

L'amendement n° 1192, présenté par Mmes Brulin, Apourceau-Poly, Silvani et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 22

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

... ° À la fin de la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 6315-1, les mots : « indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence » sont remplacés par les mots : « s'assurer de la continuité des soins, y compris la nuit, les week-ends et les jours fériés dans le territoire » ;

La parole est à M. Gérard Lahellec.

M. Gérard Lahellec. Face aux difficultés d'accès aux soins, les gouvernements successifs ont pris des mesures, assez illisibles et inefficaces, de participation volontaire à la continuité des soins ou d'obligation d'une à deux journées par mois, dans des zonages aussi assez mal définis.

Selon une enquête de la Fédération hospitalière de France (FHF), 70 % des personnes qui se rendent aux urgences le font parce qu'il leur est impossible d'obtenir un rendez-vous chez un médecin généraliste ou spécialiste de ville dans un délai raisonnable. Si les urgences hospitalières sont saturées, c'est donc pour partie en raison de l'incapacité de la médecine de ville à répondre aux besoins des patients.

Nous n'opposons pas médecine de ville et hôpitaux, mais nous estimons qu'il faut rééquilibrer la permanence des soins. Nous proposons à cette fin de rétablir une telle permanence le soir et les week-ends.

Dans une situation de tension et de pénurie d'effectifs, il est certes compliqué de mettre en œuvre une telle mesure. On nous dit toutefois que la situation devrait s'améliorer demain. Dès lors, le moment n'est-il pas venu de remettre en œuvre cette permanence des soins ? Tel est l'objet de cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Mon cher collègue, le Sénat aura l'occasion de se prononcer sur la disposition que vous proposez lors de l'examen de la proposition de loi visant à lutter contre les déserts médicaux, laquelle est en cours de navette, après avoir été adoptée en première lecture par l'Assemblée nationale.

Je rappelle du reste que la permanence des soins en ambulatoire est aujourd'hui assurée avec une couverture supérieure à 95 % : avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Le sujet que vous soulevez est très important pour nos concitoyens, monsieur le sénateur.

Le devoir de participation des médecins ne s'exerce pas à l'échelle de leur territoire, la gestion collective incombe aux conseils départementaux de l'ordre des médecins. J'ai eu des échanges récemment avec le président du Conseil national de l'ordre des médecins, qui est très engagé sur ce sujet.

Comme l'indiquait Mme la rapporteure, la permanence des soins est assurée sur 97 % du territoire. Il nous faut encore améliorer cette couverture sur les 3 % du territoire restant, et faire en sorte que ce ne soient pas toujours les mêmes médecins qui répondent présents.

En tout état de cause, je demande le retrait de cet amendement ; à défaut, j'émettrai un avis défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1192.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 1363 rectifié, présenté par Mme Romagny, MM. Menonville, Courtial, Henno et Cambier, Mmes Bourguignon et Billon, MM. Lemoyne et Dhersin, Mmes Guidez et Antoine, MM. Chevalier et Fargeot, Mme Sollogoub, MM. Duffourg et Chasseing, Mme Lermytte, M. Genet et Mme Saint-Pé, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 22

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

...° Le I de l'article L. 5125-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le transfert d'une officine, d'un même bassin de vie, peut être autorisé dans les communes de moins de 2 500 habitants équipées d'un pôle de santé ou d'une maison de santé pluridisciplinaire en fonctionnement. »

La parole est à Mme Anne-Sophie Romagny.

Mme Anne-Sophie Romagny. Cet amendement vise à permettre le transfert, c'est-à-dire le déménagement, d'une officine dans une commune de moins de 2 500 habitants du même bassin de vie équipée d'un pôle de santé ou d'une maison de santé pluridisciplinaire.

Sans modifier le nombre d'officines, puisque seuls seraient permis les déplacements, un tel dispositif permettrait d'assurer une meilleure coordination des parcours de santé et de renforcer l'attractivité des territoires ruraux au regard de l'installation de nouveaux médecins.

Nous tournons en rond et je vous prie de m'en excuser, madame la rapporteure, mais je tiens à cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Je salue votre persévérance, ma chère collègue. (*Sourires.*) Je ne reviendrai pas sur les arguments qui ont été développés.

Je demande le retrait de cet amendement. À défaut, l'avis serait défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Le dispositif proposé est dérogatoire. Il s'agit, comme l'indiquait M. Lemoyne, d'un outil supplémentaire pour encourager la permanence du maillage d'officines.

Sur cet amendement, je m'en remets donc à la sagesse du Sénat.

Mme la présidente. La parole est à M. Cédric Vial, pour explication de vote.

M. Cédric Vial. Je suis pour ma part favorable à des assouplissements, car la situation actuelle n'est pas tenable.

J'estime toutefois que ce n'est pas dans le cadre d'un PLFSS, par voie d'amendement et un dimanche après-midi, qu'il convient d'adopter une telle réforme.

Madame la ministre, je vous invite à vous pencher sur la proposition de loi tendant à préserver l'accès aux pharmacies dans les communes rurales, adoptée par le Sénat, dans laquelle Maryse Carrère et ses collègues du groupe du RDSE proposent les assouplissements nécessaires en traitant le sujet de manière globale. Il serait judicieux, on le voit bien, que ce texte soit rapidement examiné par l'Assemblée nationale.

À titre personnel, je ne soutiendrai pas cet amendement, même si, dans son esprit, le dispositif qu'il tend à introduire me paraît intéressant.

Je tiens à souligner que la volonté du Sénat est de préserver l'offre de soins sans déstabiliser le maillage existant. C'est pour cela que nous avons adopté l'amendement n° 656 rectifié de la commission, qui tend à maintenir les officines existantes, que ce maintien prenne la forme d'un transfert, d'un regroupement ou de la création d'une antenne. Tel est le dispositif que nous avons adopté.

Je tiens à le préciser, parce que, dans les territoires, il arrive que certains se prévalent d'une interprétation erronée de l'intention du législateur : nous souhaitons maintenir les

officines et, quand ce maintien doit prendre la forme d'un transfert, nous le soutiendrons, y compris lorsque cela va à l'encontre de l'avis consultatif de certaines organisations.

Si un tel dispositif ne fonctionnait pas – ayant attendu sept ans pour qu'un décret soit pris, nous sommes un peu échaudés, madame la ministre –, il nous faudrait nous pencher sur l'hypothèse d'une déréglementation beaucoup plus importante pour garantir que les territoires ruraux continuent, eux aussi, d'avoir accès aux médicaments.

Mme la présidente. La parole est à Mme Jocelyne Guidez, pour explication de vote.

Mme Jocelyne Guidez. Je souhaite pour ma part que cet amendement soit maintenu. Le dispositif proposé vise en effet à permettre non pas la création de nouvelles officines, mais le maintien d'une officine dans un bassin de vie. Je ne vois vraiment pas où est le problème.

Mme la présidente. La parole est à M. le vice-président de la commission.

M. Alain Milon, vice-président de la commission des affaires sociales. Je rejoins le raisonnement de Cédric Vial, mais je tiens à préciser que lorsque, dans cette enceinte et sur l'initiative de Jean-Pierre Fourcade, nous avons créé les maisons de santé pluridisciplinaires, nous avons également créé les sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires, au sein desquelles l'ensemble des professionnels de santé, y compris les pharmaciens, sont appelés à travailler autour d'une maison de santé.

Par ailleurs, s'il convient de créer les maisons de santé en s'appuyant sur les professionnels qui ont vocation à y exercer, il n'est sans doute pas judicieux de les installer loin d'une pharmacie, puisque celle-ci devrait ensuite se déplacer pour se rapprocher de la maison de santé nouvellement créée.

Lorsqu'une maison de santé est créée, il est nécessaire que l'ARS réunisse l'ensemble des professionnels, y compris les pharmaciens. Il ne suffit pas que le maire accorde des moyens ; encore faut-il que la localisation choisie ne contraine ensuite l'officine à déménager.

Votre ministère doit donc s'assurer, madame la ministre, que les ARS prennent en compte les contraintes de l'ensemble des professionnels de santé et qu'elles ne fassent pas prévaloir l'avis des élus.

Mme la présidente. La parole est à Mme Anne-Sophie Romagny, pour explication de vote.

Mme Anne-Sophie Romagny. J'entends votre argument, monsieur Milon, mais l'objet de mon amendement inclut également les pôles de santé.

Lorsque des cabinets privés s'installent les uns à côté des autres à 8 kilomètres d'une commune dont le dernier médecin en activité, lui, n'a pas trouvé de successeur, il est légitime que la pharmacie souhaite se rapprocher de ce nouveau pôle de santé pour sauver son activité.

Sans le dispositif que je propose, des officines de nos territoires ruraux seront sacrifiées. Comment le Sénat, chambre des territoires, pourrait-il permettre qu'en milieu rural, une officine soit contrainte à la fermeture, parce que nous ne l'autorisons pas à déménager à 8 kilomètres de son emplacement actuel ?

L'officine que j'ai en tête a écrit à l'ARS, qui lui a répondu que la commune dans laquelle elle souhaite déménager comptant moins de 2 500 habitants, le transfert n'est pas possible. Je vous transmettrai ce courrier si vous souhaitez

en prendre connaissance, mes chers collègues. Or cette officine souhaite non pas créer une antenne, mais bien déménager.

Entendons la voix des territoires ruraux, mes chers collègues ! Cette discussion n'a pas de sens !

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1363 rectifié.

J'ai été saisie d'une demande de scrutin public émanant de la commission.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable et que le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat.

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

Le scrutin est ouvert.

(*Le scrutin a lieu.*)

Mme la présidente. Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 53 :

Nombre de votants	340
Nombre de suffrages exprimés	340
Pour l'adoption	154
Contre	186

Le Sénat n'a pas adopté.

L'amendement n° 658, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 35

Remplacer la date :

1^{er} juin 2026

par la date :

1^{er} janvier 2027

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Le présent article prévoit la renégociation, dans le cadre d'un avenant à la convention médicale, des conditions de rémunération des soins non programmés qui impliquent la participation au service d'accès aux soins et la permanence des soins ambulatoires.

Il est prévu que cette négociation aboutisse avant le 1^{er} juin 2026, délai qui me paraît un peu court. La commission étant très attachée au dialogue conventionnel, je vous propose de reporter cette échéance au 1^{er} janvier 2027 afin d'accorder davantage de temps à la négociation.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Vous souhaitez reporter au 1^{er} janvier 2027 l'échéance de la négociation conventionnelle relative à la rémunération des soins non programmés.

Tout en entendant vos craintes, j'estime que, s'agissant d'un champ assez ciblé, ce délai de six mois est raisonnable. Il me paraît, de plus, qu'il y a urgence à remettre de l'ordre dans la rémunération de ces soins et à rendre le dispositif prévu par cet article pleinement applicable.

Je demande donc le retrait de cet amendement. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 658.
(*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 21, modifié.
(*L'article 21 est adopté.*)

Après l'article 21

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 1806 est présenté par le Gouvernement.

L'amendement n° 1825 est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 21

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

À l'article 20-4 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, après la référence : « L. 162-4-5, » , est insérée la référence: « L. 162-5-14-2, » et après la référence: « L. 162-12-1, » , est insérée la référence: « L. 162-12-5. » .

La parole est à Mme la ministre, pour présenter l'amendement n° 1806.

Mme Stéphanie Rist, ministre. Cet amendement vise à transposer à Mayotte les dispositions du code de la sécurité sociale relatives à la prise en charge par l'assurance maladie des certificats de décès réalisés par les médecins et infirmiers.

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure, pour présenter l'amendement n° 1825.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Il est défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 1806 et 1825.

(*Les amendements sont adoptés.*)

Mme la présidente. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 21.

L'amendement n° 1312, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Après l'article 21

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Au 1° du A du I de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale, après la référence : « L. 162-22-3, » est insérée la référence : « L. 162-22-19, » .

La parole est à Mme la ministre.

Mme Stéphanie Rist, ministre. Cet amendement vise à permettre aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) de récupérer des indus auprès des établissements de psychiatrie.

Les établissements de santé en psychiatrie sont financés par plusieurs dotations couvrant l'ensemble des soins qui y sont dispensés.

Dans les centres médico-psychologiques (CMP), la prise en charge des soins d'orthophonie dépend du motif d'admission : si les soins sont liés au motif d'admission, ils sont financés par le budget du CMP ; dans le cas contraire, ils sont facturés à l'assurance maladie par le professionnel, comme des soins de ville.

Les CMP font parfois appel à des orthophonistes libéraux, y compris pour des soins normalement financés par la structure. En cas de contrôle, lorsque le soin aurait dû être payé par l'établissement, les orthophonistes libéraux risquent de se voir demander le remboursement des indus.

Le présent amendement tend donc à sécuriser la prise en charge des patients de CMP par des professionnels libéraux d'orthophonie. Cette nécessaire disposition sera complétée par des mesures réglementaires visant à éviter que des patients suivis en CMP voient leur parcours de prise en charge interrompu à cause de logiques comptables.

Le dispositif proposé me paraît répondre aux inquiétudes que certains d'entre vous ont relayées.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement m'ayant été transmis tard hier soir, la commission n'a pas pu l'examiner.

Tout en comprenant votre volonté de sécuriser le recouvrement d'indus par l'assurance maladie auprès des professionnels libéraux, principalement en orthophonie, j'estime injuste que ces indus soient réclamés aux CMP et que ces derniers soient ainsi pénalisés, alors qu'ils ne font appel à des orthophonistes libéraux que parce qu'ils peinent à recruter eux-mêmes.

Pouvez-vous me confirmer, madame la ministre, que, dans votre proposition, ce sont les CMP qui devront rembourser ces indus ?

Dans l'attente de vos explications, je réserve mon avis sur cet amendement.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Stéphanie Rist, ministre. À l'heure actuelle, c'est aux orthophonistes libéraux que la CPAM réclame des indus, car elle considère qu'elle a déjà payé le CMP. Cet amendement vise à résoudre cette difficulté, de sorte que l'assurance maladie réclame le remboursement des indus non plus aux orthophonistes libéraux, mais aux CMP.

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Madame la ministre, comme je vais m'exprimer à titre personnel, je veux être sûr de bien comprendre : la dotation des CMP va-t-elle diminuer pour sécuriser les indus réclamés aux orthophonistes libéraux ?

Si vous parvenez, avec votre mesure, à régler le fait que les CMP ne peuvent pas recruter eux-mêmes des orthophonistes et doivent faire appel à des praticiens libéraux pour prendre en charge de jeunes patients, cela ne me pose évidemment aucun souci. Mais il ne faudrait pas que la dotation des CMP baisse...

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Stéphanie Rist, ministre. Si j'avais pu vous faire un croquis récapitulatif, cela aurait été plus clair, mais, hélas, ce n'est pas possible. (*Sourires.*)

Aujourd'hui, quand un malade est pris en charge par un orthophoniste de ville dans un CMP, l'orthophoniste et la structure sont tous deux payés par la sécurité sociale.

Demain, grâce au dispositif que nous proposons, l'assurance maladie réclamera un indu au CMP, puisque c'est l'orthophoniste de ville qui a fait le boulot...

Mme Émilienne Poumirol. C'est bien ça : on va diminuer la dotation des CMP !

Mme Stéphanie Rist, ministre. Non, madame la sénatrice, on ne réduira pas les moyens du CMP, puisque, dans cette situation, le centre n'est pas en mesure d'assurer la prise en charge de la séance d'orthophonie et que c'est un orthophoniste libéral qui fait le travail.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Baptiste Lemoyne, pour explication de vote.

M. Jean-Baptiste Lemoyne. En ce qui me concerne, madame la ministre, je vais me faire le relais d'interrogations qui remontent du terrain et qui nécessitent, là encore, quelques éclaircissements de votre part.

Plusieurs orthophonistes libéraux s'occupant justement de jeunes enfants, qui sont par ailleurs pris en charge dans des CMP, m'ont fait part de leur crainte que l'on exige désormais d'eux qu'ils signent une convention. Manifestement, ce sujet crée beaucoup d'émoi : ces professionnels s'inquiètent d'une surcharge administrative et de problèmes qui nuiraient à la continuité de la prise en charge des enfants qui, jusqu'à présent, se déroulait dans de bonnes conditions.

J'ai bien compris que votre amendement traitait d'un sujet connexe, celui des indus, mais je voulais profiter des débats pour évoquer cette problématique de conventionnement.

Mme la présidente. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour explication de vote.

Mme Émilienne Poumirol. Madame la ministre, je voudrais également obtenir quelques explications. En effet, nous avons nous aussi été alertés du problème soulevé par Mme la rapporteure.

Comme cela a été rappelé, les CMP reçoivent un financement global incluant ces prestations qu'ils ne peuvent pas assumer et qu'ils délèguent à des orthophonistes de ville.

Si la sécurité sociale ne réclame pas les indus à ces orthophonistes dans le cadre de la prise en charge globale de chaque enfant, c'est donc qu'elle va les réclamer aux CMP, lesquels vont mécaniquement voir leurs moyens diminuer, ce qui va encore réduire leur capacité à assurer les soins d'orthophonie des enfants.

Je ne vois pas comment le système va pouvoir fonctionner si les centres voient leur dotation baisser. Leur situation est pourtant suffisamment compliquée : on a déjà énormément de mal à obtenir des rendez-vous dans ces structures – il faut parfois attendre six à huit mois. Les cris d'alerte sont nombreux. Si, en plus, on ne peut pas avoir d'accès facile aux soins d'orthophonie, cela promet...

Mme la présidente. La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge, pour explication de vote.

Mme Raymonde Poncet Monge. Je vais vous citer un autre cas comme celui-ci, que l'on a mis quatre ans à régler, celui des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad).

Les Ssiad recourent eux aussi à des praticiens libéraux, en l'occurrence des infirmiers diplômés d'État (IDE). À cette fin, ils doivent désormais signer une convention dans laquelle ils s'engagent auprès de l'infirmier à le payer, en contrepartie de quoi ce dernier doit bien sûr s'engager à son tour à ne pas demander à l'assurance maladie de le rembourser. Eh bien, j'ai dû déposer trois années de suite le même amendement avant que l'on résolve le problème !

Ici, la solution consisterait à ce que le CMP établisse une convention avec l'orthophoniste de ville, ce qui obligerait le centre à payer ce professionnel pour une prestation qu'il n'est pas en mesure d'assurer, en échange de quoi l'orthophoniste libéral s'engagerait par écrit à ne pas facturer la prestation à l'assurance maladie.

Si je parle de cela, c'est que, pendant des années, on a réclamé au Ssiad que je dirigeais de payer deux fois, alors même que l'IDE avait conclu une convention avec la structure. Et l'on devait se battre avec l'assurance maladie pour lui faire comprendre qu'une convention avait été signée, mais que l'infirmier libéral ne la respectait pas...

Je ne dis pas que c'est exactement le même cas de figure avec les CMP et les orthophonistes, mais il faut se demander avant toute chose si une convention a été signée et si l'orthophoniste de ville a été payé par le CMP. Si c'est le cas, il faut alors réclamer l'indu au praticien libéral, ce qui n'est pas toujours évident : je le répète, pour ce qui est des Ssiad, il nous a fallu des années pour nous sortir de cette situation. Il est en effet plus facile de recouvrer un indu auprès d'une structure qu'auprès d'un professionnel libéral.

Selon moi, il faut rendre obligatoire une procédure de conventionnement, car c'est cela qui garantira un seul paiement. Et s'il y a un double versement, c'est au professionnel de ville de reverser l'indu à la sécurité sociale.

Mme la présidente. La parole est à Mme Marie-Do Aeschlimann, pour explication de vote.

Mme Marie-Do Aeschlimann. Permettez-moi tout d'abord de vous remercier, madame la ministre, de tenter de résoudre des difficultés qui se sont multipliées et qui remontent depuis nos territoires respectifs.

Pour autant, je ne sais pas si c'est moi qui n'ai pas bien compris ou si c'est vous qui n'avez pas su clarifier suffisamment une question objectivement complexe, mais, en l'état actuel des choses, je n'ai pas l'impression que votre proposition répond parfaitement au problème qui nous a été signalé.

Ce que j'ai compris, c'est que des orthophonistes qui exercent en libéral sont appelés à intervenir en pluridisciplinarité auprès d'enfants pris en charge dans le cadre de soins dispensés par des CMP et que le financement de ces soins pèse actuellement sur les seuls centres. Or, au vu de leur dotation, dont l'enveloppe n'est pas appelée à évoluer pour l'instant, ceux-ci se retrouvent en grande difficulté pour y faire face.

Il me semble par ailleurs avoir compris que vous apportiez une réponse à la question du paiement des indus, ce qui est *a priori* une bonne chose, si ce n'est que l'imputation des consultations d'orthophonie sur la dotation allouée aux CMP ne serait pas compensée à due concurrence, ce qui ne leur permettrait plus de faire face à ce supplément de dépenses.

Les CMP eux-mêmes nous ont fait savoir qu'ils étaient d'accord pour que des orthophonistes libéraux prennent en charge ces enfants – l'essentiel est en effet que les consultations puissent avoir lieu. Il n'y a donc pas de souci de ce point de vue ; en vérité, il y a seulement un problème de moyens.

Je vous serais reconnaissante, madame la ministre, d'expliquer votre mesure ; je ne doute pas que vous ayez une solution à nous proposer.

Mme la présidente. La parole est à Mme Florence Lassarade, pour explication de vote.

Mme Florence Lassarade. Il me semble que, lorsqu'un professionnel libéral intervient dans une structure de ce type, il a un contrat de vacataire. Et lorsqu'un patient

bénéficie d'actes d'un praticien libéral, il se sert de sa carte Vitale. Alors, pourquoi ne pas utiliser la carte Vitale de l'enfant pour faire en sorte que l'orthophoniste de ville qui exercerait en CMP soit réglé directement par la famille ou grâce au tiers payant ?

On réclame depuis très longtemps une carte Vitale propre à chaque enfant : cela simplifierait bien les choses.

Mme la présidente. La parole est à Mme Céline Brulin, pour explication de vote.

Mme Céline Brulin. Je ne suis pas non plus totalement rassurée par vos explications, madame la ministre.

Aujourd'hui, un certain nombre de CMP envoient, faute de moyens humains suffisants, des enfants ou des adultes vers des orthophonistes libéraux. Ce que redoute l'assurance maladie, c'est d'avoir à payer deux fois – une fois à l'orthophoniste de ville, une fois au CMP – une seule et même consultation.

Je crois me souvenir que l'on avait déjà abordé ce sujet dans le cadre de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 et qu'un moratoire avait été mis en place. Le problème, c'est justement que ce moratoire prend fin à la fin de l'année.

L'idéal serait – c'est d'ailleurs ce que suggère Raymonde Poncet Monge – qu'il y ait des conventions entre CMP et orthophonistes libéraux.

Mme Raymonde Poncet Monge. Tout à fait ! Ce serait plus efficace.

Mme Céline Brulin. Mais le problème – nous avons été nombreux tout à l'heure à évoquer la situation dans laquelle se trouvent les CMP aujourd'hui –, c'est que les centres n'ont pas les ressources suffisantes sur le plan humain pour établir de telles conventions, parfois avec plusieurs professionnels libéraux. Visiblement, certains centres n'ont même pas été informés de la nécessité d'engager ce travail administratif.

Je me tourne vers mes collègues Jean Sol et Daniel Chasseing : tous trois, nous sommes allés à la rencontre de directeurs de CMP. Tous nous ont dit qu'ils avaient beaucoup de mal à recruter des professionnels de santé, mais aussi qu'ils disposaient de trop peu de ressources administratives pour s'engager dans ce type de démarche.

L'enjeu est important : les CMP nous alertent sur le fait que l'adoption de cet amendement du Gouvernement pourrait représenter, pour eux, 200 millions d'euros de charges supplémentaires – je crois que c'est le montant que vous avez mentionné, madame la rapporteure –, soit trois équivalents temps plein pour les 1 300 centres présents sur notre territoire. C'est énorme ! Il faut donc s'attendre à des ruptures de soins, car les CMP risquent d'être encore plus fragilisés. Ce n'est vraiment pas le moment !

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Luc Fichet, pour explication de vote.

M. Jean-Luc Fichet. J'interviens simplement pour dire que je n'y comprends rien... (*Sourires.*) Je ne sais pas si je suis le seul dans ce cas,...

Mme Laure Darcos. Non !

M. Jean-Luc Fichet. ... mais tout cela me paraît bien compliqué.

Voilà ce que j'ai cru comprendre : l'assurance maladie s'est aperçue qu'elle payait deux fois – une fois l'orthophoniste, une fois le CMP. Et comme cette situation dure depuis des années, il convient d'y mettre rapidement un terme.

Le problème est que, si la sécurité sociale continue de payer directement l'orthophoniste libéral, cela signifie que le CMP n'aura plus d'argent pour ces consultations, alors qu'il utilisait peut-être cette enveloppe pour autre chose, mais, cela, je n'en sais rien...

En tout cas, cette situation est aberrante, et même si je doute qu'elle doive figurer parmi les préoccupations de notre Haute Assemblée, je vais faire des efforts pour en démontrer la mécanique.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Stéphanie Rist, ministre. Mesdames, messieurs les sénateurs, je fais une dernière tentative pour vous expliquer toute cette tuyauterie et cette histoire de remboursement.

Auparavant, permettez-moi de rappeler l'objectif de la mesure que le Gouvernement soumet à votre vote : actuellement, les orthophonistes libéraux refusent d'intervenir dans les CMP, là où de jeunes patients en ont pourtant besoin, parce qu'ils ont peur qu'on leur réclame un indu, comme cela a été le cas à plusieurs reprises. Notre dispositif vise justement à leur permettre de dépasser cette peur.

En réponse à plusieurs interrogations qui m'ont été adressées, je précise que le montant de la dotation du CMP restera inchangé – elle ne baissera donc pas. Une facturation sera rendue possible : la structure pourra faire venir un professionnel libéral, qui aura la possibilité de se faire légalement payer la consultation d'orthophonie par l'assurance maladie. Cette mesure est destinée à rassurer les orthophonistes de ville, qui devraient, de ce fait, revenir exercer dans les centres.

Pour autant, nous ne privilégions pas la formule de la convention – cela me permet de répondre à plusieurs autres questions qui m'ont été posées –, car nous ne sommes pas parvenus à avancer sur ce point, mais plutôt celle de la voie réglementaire. Un décret sera pris, à la suite de concertations, pour, enfin, apporter la garantie de facturation que les orthophonistes réclament. Cette mesure devrait répondre à toutes les attentes.

Je termine en m'adressant à Mme Lassarade : les enfants accueillis dans les CMP ont besoin d'une prise en charge globale, et c'est d'ailleurs pour cela que l'on ne peut pas utiliser la carte Vitale pour régler leurs soins d'orthophonie. Le centre prend la carte Vitale pour ces enfants, mais uniquement pour les actes des professionnels de santé employés par le centre, et non pour les actes des professionnels de ville. J'arrête ici mon propos, parce que là n'est pas l'essentiel et que je ne veux pas tout embrouiller...

Mme la présidente. Quel est désormais l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Je vous remercie, madame la ministre, de ces explications, notamment des derniers éléments que vous venez de nous fournir.

J'estime que le dispositif de votre amendement permettra de ne pas retarder la prise en charge des enfants et qu'il est donc entièrement conçu dans leur intérêt. J'ai également bien noté que la dotation des CMP ne baissera pas et que vous envisagez de prendre une mesure réglementaire pour faire avancer ce dossier.

Compte tenu de tout ce qui a été dit, j'émettrai donc, à titre personnel – je vous rappelle que cet amendement n'a pas été examiné par la commission –, un avis favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1312.

(*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 21.

Article 21 bis (nouveau)

- ① I. – Au 6° de l'article L. 149-6 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « professionnelles territoriales de santé » sont remplacés par les mots : « France santé ».
- ② II. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
 - ③ 1° À la première phrase du *c* du 2° de l'article L. 1431-2, à la première phrase du premier alinéa du II, aux deuxième et troisième alinéas du III et à la dernière phrase du IV de l'article L. 1434-10, au second alinéa de l'article L. 1434-12-1, aux premier et avant-dernier alinéas de l'article L. 1434-13, au deuxième alinéa du II de l'article L. 3221-2, au 1° du I et au II de l'article L. 3221-3, au premier alinéa du II de l'article L. 6111-3-1, au second alinéa du I, au 2° du II et au second alinéa du III de l'article L. 6111-3-2, à la fin du premier alinéa du II de l'article L. 6111-3-4, au 1° du III de l'article L. 6112-2, à l'article L. 6323-1-6 et à la fin du premier alinéa de l'article L. 6327-3, les mots : « professionnelles territoriales de santé » sont remplacés par les mots : « France santé » ;
 - ④ 2° Aux premier à troisième alinéas et à la fin des première et seconde phrases du dernier alinéa de l'article L. 1434-12, au premier alinéa de l'article L. 1434-12-1, au premier alinéa du I et au II de l'article L. 1434-12-2, au deuxième alinéa de l'article L. 4011-4-1 et au premier alinéa de l'article L. 4011-4-3, les mots : « professionnelle territoriale de santé » sont remplacés par les mots : « France santé » ;
 - ⑤ 3° Le deuxième alinéa de l'article L. 1434-12 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 et les maisons de santé mentionnées à l'article L. 6323-3 sont membres de la communauté France santé. » ;
 - ⑥ 4° À la fin de l'intitulé de la section 4 du chapitre IV du titre III du livre IV de la première partie, les mots : « professionnelles territoriales de santé » sont remplacés par les mots : « France santé » ;
 - ⑦ 5° Le dernier alinéa de l'article L. 4161-1 est ainsi modifié :
 - ⑧ a) Après le mot : « médicaments », sont insérés les mots : « ou contribuent à l'évaluation et à la prise en charge de situations cliniques » ;
 - ⑨ b) Les mots : « du *b* » sont remplacés par les mots : « des *b* et *c* » ;
 - ⑩ 6° Le 9° de l'article L. 5125-1-1 A est complété par un *c* ainsi rédigé :
 - ⑪ « *c*) Contribuer à l'évaluation et à la prise en charge de situations cliniques ainsi qu'à l'orientation du patient dans le parcours de soins. Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe la liste des situations cliniques concernées et les modalités de leur prise en charge ; »
 - ⑫ 7° Le livre III de la sixième partie est complété par un titre III ainsi rédigé :

⑬ « TITRE III

⑭ « RÉSEAU FRANCE SANTÉ

- ⑯ « Art. L. 6330-1. – Afin d'améliorer l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, les structures de soins de premier recours, lorsqu'elles fournissent une offre de service socle, peuvent conclure avec les agences régionales de santé et les organismes gestionnaires de régime de base d'assurance maladie une convention précisant les engagements de la structure et les financements dont elle peut bénéficier en application de l'article L. 6330-2. Les structures ainsi conventionnées portent le label "France santé".
- ⑰ « Art. L. 6330-2. – L'offre de service socle des structures "France santé", qui peut être organisée de manière itinérante ou comporter pour partie des modes d'accès dématérialisés, la nature des engagements ainsi que les financements dont les structures peuvent bénéficier à ce titre sont définis par les accords prévus au II de l'article L. 162-14-1 et à l'article L. 162-32-1.
- ⑱ « Pour les structures qui ne relèvent pas des accords mentionnés au premier alinéa du présent article, les financements sont définis dans le cadre du fonds d'intervention régional prévu à l'article L. 1435-8. »
- ⑲ III – Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie engage, dans un délai de deux mois à compter de la promulgation de la présente loi, des négociations conventionnelles en vue de conclure accord conventionnel relatif aux maisons de santé pluriprofessionnelles mentionnées à l'article L. 6323-3 du code de la santé publique et un avenir à l'accord mentionné à l'article L. 162-32-1 afin de définir les participations des structures de soins relevant de ces accords au réseau des maisons France santé et les rémunérations auxquelles elles sont éligibles dans ce cadre.
- ⑳ En l'absence de conclusion, dans un délai de deux mois à compter de l'ouverture des négociations mentionnées au premier alinéa du présent III, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent procéder, dans un délai d'un mois, à la fixation, par arrêté, des éléments mentionnés à l'article L. 6330-2 du code de la santé publique.
- ㉑ IV. – Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie engage, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, des négociations conventionnelles en vue de conclure un avenir à l'accord conventionnel interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des communautés France santé afin de prévoir les modalités de soutien de ces communautés aux structures du réseau France santé.
- ㉒ En l'absence de conclusion dans un délai de deux mois à compter de l'ouverture des négociations prévues au premier alinéa du présent IV, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent procéder, dans un délai d'un mois, à la fixation par arrêté des éléments relevant de cet avenir.
- ㉓ V. – Par dérogation à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, l'entrée en vigueur des dispositions relatives à la participation des structures relevant des avenants mentionnés aux III et IV du présent article au réseau France santé peut être immédiate.
- ㉔ VI. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
 - ㉕ 1° Le II de l'article L. 162-14-1 est ainsi modifié :

- 25 a) Aux première et deuxième phrases du troisième alinéa, les mots : « professionnelles territoriales de santé » sont remplacés par les mots : « France santé » ;
- 26 b) Après le même troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- 27 « Lorsqu'un accord porte sur les maisons de santé mentionnées à l'article L. 6323-3 du même code, il est conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les organisations reconnues représentatives de ces structures au niveau national. » ;
- 28 2° Le II de l'article L. 162-14-1-2 est ainsi modifié :
- 29 a) Après le mot : « par », la fin du deuxième alinéa est ainsi rédigée : « les organisations reconnues représentatives de ces structures au niveau national. » ;
- 30 b) À la première phrase du dernier alinéa, les mots : « qu'observateurs » sont remplacés par les mots : « que signataires » ;
- 31 3° L'article L. 162-16-1 est ainsi modifié :
- 32 a) Au 12°, après le mot : « pharmaceutique », il est inséré le mot : « , notamment » ;
- 33 b) Après le 19°, il est inséré un 20° ainsi rédigé :
- 34 « 20° La tarification des prestations effectuées par les pharmaciens lorsqu'ils contribuent à l'évaluation et à la prise en charge de situations cliniques ainsi qu'à l'orientation du patient dans le parcours de soins en application de la mission mentionnée au c du 9° de l'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique. »
- 35 VII. – Au 17° du 1 de l'article 207 et à l'article 1461 A du code général des impôts, les mots : « professionnelles territoriales de santé » sont remplacés par les mots : « France santé » .

Mme la présidente. Je suis saisie de vingt-deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

Les deux premiers sont identiques.

L'amendement n°659 est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n°797 rectifié *quater* est présenté par Mmes Guillotin et N. Delattre, MM. Bilhac, Cabanel, Fialaire, Gold, Grosvalet et Guiol, Mme Jouve, MM. Laouedj et Masset et Mme Pantel.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéas 1, 3 à 6, 12 à 22, 24 à 30 et 35

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme la rapporteure, pour présenter l'amendement n°659.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Nous abordons, avec l'article 21 bis, un sujet sensible.

Nous faisons tous ici de l'objectif d'amélioration de l'accès aux soins dans nos territoires une priorité. Cette problématique est au cœur de notre action et le Sénat s'est toujours pleinement engagé en ce sens, notamment au travers de l'adoption, en mai dernier, de la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins dans les territoires.

Notre amendement vise à supprimer plusieurs alinéas de cet article 21 bis. Pourquoi ? Notre préoccupation concerne l'annonce faite par le Premier ministre du lancement d'un label « France Santé ». J'ai déjà eu l'occasion d'en parler avec vous, madame la ministre, et de dire, lors de mon interven-

tion en discussion générale, que je ne voulais pas que cette mesure se réduise à une simple opération d'affichage politique.

D'abord, je considère que cette disposition est relativement coûteuse.

Ensuite, comme vous l'avez admis vous-même à l'Assemblée nationale, madame la ministre, elle ne crée pas de nouveaux postes de médecins et ne sert qu'à rendre plus visibles des structures existantes.

Je précise à cet égard que je suis personnellement très favorable aux maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP). J'étais en revanche plus réservée sur les communautés professionnelles territoriales de santé : nous avons donc mené tout récemment des travaux sur leurs conditions de financement, qui ont abouti à des recommandations qui me paraissent équilibrées.

En réalité, le problème est que ce dont nous parlons avec cet article – et je sais que vous n'y êtes pour rien, madame la ministre – est arrivé comme un cheveu sur la soupe : nous nous sommes demandé pourquoi le Premier ministre avait fait une telle annonce et à quoi cette labellisation allait bien pouvoir servir.

Surtout, je ne voudrais pas que certaines structures prenant en charge des patients – on en a longuement discuté cet après-midi –, parce qu'elles n'obtiendraient pas le label France Santé, soient invisibilisées. (*Mme la ministre sourit.*) Eh oui, madame la ministre, il y a là un vrai sujet !

La volonté du Gouvernement est de labelliser 5 000 structures en deux ans. Mais *quid* des autres ? On parle aussi d'une enveloppe de 50 000 euros par maison labellisée : nous craignons, pour notre part, que ce financement crée un effet d'aubaine. 50 000 euros, mais pour quel résultat ?

Certains n'osent rien vous dire, madame la ministre, parce qu'ils seront bien contents d'empocher cet argent, mais, moi, je vous le dis : je pense que cette annonce traduit un manque de concertation préalable avec l'ensemble des acteurs concernés par la prise en charge des patients au quotidien.

Et j'y insiste, j'ai les plus grandes craintes quant au sort réservé à toutes les structures – les cabinets médicaux, les infirmières, les médecins, les pharmaciens, les kinésithérapeutes – qui s'organisent ou non en maisons de santé et qui travaillent ensemble, en coordination, sans forcément avoir recherché l'agrément de l'ARS, bref tous ceux qui sont présents et qui font le boulot chaque jour dans nos départements, mais qui ne bénéficieront pas de ce nouveau label.

Attention à cet écueil : il faut surtout éviter de monter les uns contre les autres les différents acteurs du soin. Aujourd'hui, on voit bien que deux fédérations se regardent en chiens de faïence et sont en compétition pour savoir qui aura le label.

Par ailleurs, l'appellation « communauté professionnelle territoriale de santé » évoluerait. Or tous ceux qui se sont engagés dans ces fameux CPTS tiennent à cette dénomination : ils sont en effet attachés aux termes « professionnelle » et « territoriale ».

Je considère donc, madame la ministre, mes chers collègues, que cet article doit faire l'objet d'un réexamen. C'est précisément l'objet de l'amendement de suppression que je vous soumets et que, je le précise, je ne suis pas la seule à défendre.

Comme cela a été rappelé lors de nos débats cet après-midi, j'estime que, s'il y a un sujet sur lequel tout le monde doit se mobiliser aujourd'hui, que ce soit le ministère, les ARS – et je sais combien les agences sont engagées sur le terrain –, les départements, les ordres ou les professionnels de santé, c'est celui de la réussite de l'accueil des docteurs juniors.

Je n'écarte pas une question au profit de l'autre, mais c'est avant tout en réussissant l'accueil de ces docteurs juniors – 3 500, 3 600, 4 000 chaque année – que l'on améliorera l'accès aux soins plutôt qu'en apposant un label sur les murs de telle ou telle structure pour faire de la communication.

MM. Olivier Rietmann et Laurent Somon. Très bien !

Mme la présidente. La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour présenter l'amendement n° 797 rectifié *quater*.

Mme Véronique Guillotin. Ce qui me dérange avec cette nouvelle labellisation, c'est l'impression d'empilement : on avait déjà les maisons de santé pluriprofessionnelles, les équipes de soins primaires, les communautés professionnelles territoriales de santé, qui sont toutes des créations très récentes, et, maintenant, on va avoir les maisons France Santé.

Si l'on regarde quelques années en arrière, on avait aussi assisté à une levée de boucliers à l'annonce de ces nouveaux dispositifs, parce qu'ils étaient complexes à comprendre. Mais on avait l'impression que les choses avaient bien avancé, à l'exception notable des CPTS pour lesquelles on observe encore beaucoup de disparités territoriales et d'hétérogénéité au niveau des missions et des modes de fonctionnement.

Personnellement, je considère que l'annonce du Premier ministre est très prématurée : s'il y a de l'argent à investir, autant continuer à améliorer, à consolider les dispositifs existants. On aura tout à gagner à les faire évoluer.

Le label France Santé, quant à lui, me fait penser à ce que nous avions observé, Corinne Imbert, plusieurs de nos collègues et moi-même, en Suède, lors d'un voyage d'études de la commission des affaires sociales sur le thème de l'accès aux soins : le gouvernement suédois avait mis en place un système reposant sur la même idée qu'en France, à savoir qu'il fallait que, en moins de vingt-quatre heures par exemple, une réponse de proximité soit apportée à toute question posée. En Suède, cette première réponse en matière de soins pouvait prendre la forme de structures labellisées, mais aussi de *charbots* – c'était en 2022 ; aujourd'hui, on parlerait d'intelligence artificielle...

Je terminerai en disant que je suis pleinement d'accord avec Mme la rapporteure lorsqu'elle affirme que les docteurs juniors constitueront un levier majeur de la politique d'accès aux soins : ne loupons pas leur intégration dans les territoires, partout où c'est nécessaire.

Et s'il y a un peu d'argent, je le redis, consacrons-le à l'accueil de ces docteurs juniors dans les MSP.

Mme la présidente. L'amendement n° 1564 rectifié, présenté par Mme Sollogoub, MM. Dhersin et Mizzon, Mmes Aeschlimann, Billon et Guidez, MM. Duffourg et Rochette et Mmes Romagny et de La Provôté, est ainsi libellé :

I. – Alinéas 1, 3, 4, 5, 6, 20, 21 et 25

Supprimer ces alinéas.

II. – Alinéa 22

Remplacer les mots :

Aux III et IV

par les mots :

au III

La parole est à Mme Nadia Sollogoub.

Mme Nadia Sollogoub. Tout comme nos collègues, je considère qu'il est préférable de conforter et de simplifier les dispositifs existants plutôt que de créer une nouvelle appellation qui serait source de confusion et d'instabilité pour les acteurs de la santé de proximité.

La priorité est de renforcer l'accès aux soins par et avec les maisons de santé pluriprofessionnelles et les autres structures de soins déjà présentes sur le terrain.

Je m'associe pleinement à l'argumentaire de Mme la rapporteure et de Véronique Guillotin : l'urgence est de transformer l'essai des docteurs juniors et de faire monter ce dispositif en puissance plutôt que de réinventer des trucs et des machins... Concentrons-nous sur l'existant !

Mme la présidente. L'amendement n° 1582 rectifié *bis*, présenté par M. Jomier, Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Lubin, Poumirol, Rossignol, Artigalas et Bélim, MM. Cardon, Chaillou et Chantrel, Mme Conway-Mouret, M. Darras, Mme Espagnac, MM. Féraud et Gillé, Mme Harribey, MM. Jacquin et P. Joly, Mme Linkenheld, MM. Lurel, Marie, Mérillou et Michau, Mme Monier, MM. Montaugé, Pla et Redon-Sarrazy, Mme S. Robert, MM. Roiron, Ros, Tissot, Uzenat, M. Vallet, Ziane et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Alinéas 1, 3 à 6, 20, 21, 25 et 35

Supprimer ces alinéas.

La parole est à M. Bernard Jomier.

M. Bernard Jomier. Nous souscrivons très largement au constat dressé par Mme la rapporteure.

Pour compléter son propos, j'ajouterai que tous les professionnels de santé sont plongés dans une confusion extrême depuis les annonces du Premier ministre : celle concernant les maisons France Santé, bien sûr, mais aussi celle sur la départementalisation, celle sur le transfert des compétences aux préfets, celle aussi relative aux agences régionales de santé. Aujourd'hui, personne n'y comprend plus rien.

Les mesures annoncées par le Premier ministre oscillent entre signes de centralisation – franchement, mes chers collègues, substituer aux termes « professionnelle » et « territoriale » de l'appellation CPTS ceux de « France Santé » sous-entend une volonté de recentralisation – et mouvement de départementalisation. Pour autant, après un moment d'incertitude, cette départementalisation s'apparente aussi à une forme de centralisation, puisque tout cela serait confié aux préfets, qui prennent leurs ordres, je le rappelle, au ministère de l'intérieur.

En fait, personne n'y comprend rien...

Madame la ministre, il serait sûrement plus sage d'attendre le futur projet de loi sur la décentralisation que le Premier ministre a annoncé. C'est à cette occasion qu'il nous appartiendra de discuter l'ensemble de ces questions, et pas dans le cadre de cet article 21 *bis*, que le Gouvernement a précipitamment introduit dans ce PLFSS.

Heureusement que vous avez consenti à consacrer un peu d'argent à cette disposition pour en légitimer l'inscription dans ce cadre, car il s'agit typiquement d'une mesure

relative à l'organisation du système de santé. Un tel cavalier législatif ne ravira pas le Conseil constitutionnel, même si vous prévoyez un financement...

À ce propos, vous ne précisez pas du tout comment l'argent sera réparti ; par ailleurs, il suffit d'une simple règle de trois pour constater que la somme prévue ne permettra pas d'atteindre l'objectif annoncé de labelliser 5 000 maisons France Santé...

Bref, je partage la position de Mme la rapporteure : il convient de supprimer pour le moment l'ensemble des dispositions relatives au réseau France Santé et d'en discuter tranquillement plus tard.

Du reste, il me semble – je le reconnaissais avec humilité – que le dispositif de l'amendement de la commission et de celui de Mme Guillotin est plus précis et, donc, meilleur que le nôtre : c'est pourquoi je retire l'amendement n° 1582 rectifié *bis*.

Mme la présidente. L'amendement n° 1582 rectifié *bis* est retiré.

L'amendement n° 399 rectifié, présenté par Mme Lassarade, M. Milon, Mme Richer, MM. Panunzi et H. Leroy, Mme de La Provôté, M. Lefèvre, Mme Malet, MM. Burgoa et Houpert, Mme Aeschlimann, MM. Piednoir, Pointereau, D. Laurent, Cambon et Genet, Mme Bonfanti-Dossat et MM. de Nicolaï, Duplomb et J.M. Boyer, est ainsi libellé :

Alinéas 1 à 11

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme Florence Lassarade.

Mme Florence Lassarade. Laissez-moi un peu vous raconter ce qui se passe sur le terrain, tant en milieu rural qu'en milieu urbain. Les professionnels de santé étaient au départ très réticents à l'idée d'adhérer aux CPTS, ces grands « machins ». Ces communautés sont cependant devenues des carnets d'adresses leur permettant de nouer des liens entre eux et de se parler.

Aujourd'hui, j'observe que les CPTS sont entrées dans les mœurs. On commence à peine à les voir fonctionner sans plus aucune réticence des professionnels de santé. Est-ce bien le moment de changer la donne et de chercher à englober tous les acteurs de la santé dans un même réseau France Santé ? Cela ne va-t-il pas indisposer les professionnels ? Ne risque-t-on pas de perdre tout le bénéfice des efforts que l'on a consentis pour faire fonctionner ces communautés professionnelles ?

Dès lors qu'ils sont presque identiques, je vais retirer mon amendement au profit de celui de Mme la rapporteure.

Mme la présidente. L'amendement n° 399 rectifié est retiré.

Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 247 rectifié est présenté par Mme Muller-Bronn, M. Panunzi, Mmes Gosselin, Evren et Romagny, MM. Genet et D. Laurent et Mme Ventalon.

L'amendement n° 1505 rectifié *ter* est présenté par MM. Sénié, de Nicolaï, Klinger et Somon et Mmes Schalck, Drexler et Aeschlimann.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

I. – Alinéas 1, 3, 6, 25 et 35

Remplacer les mots :

les mots : « professionnelles territoriales de santé » sont remplacés par les mots : « France santé »

par les mots :

après les mots : « professionnelles territoriales de santé », sont insérés les mots : « - Réseau France santé »

II. – Alinéa 4

Remplacer les mots :

« professionnelle territoriale de santé » sont remplacés par les mots : « France santé »

par les mots :

après les mots : « professionnelle territoriales de santé », sont insérés les mots : « - Réseau France santé »

III. – Alinéa 17

Compléter cet alinéa par les mots :

et la conclusion de la convention prévue à l'article L. 6330-1 du présent code est conditionnée par la participation effective de la structure concernée au projet de santé de la communauté professionnelle territoriale de santé – Réseau France Santé de son territoire

IV. – Après l'alinéa 17

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« Art. L. 6330 – – Le Réseau France santé est animé par un comité départemental constitué des délégations territoriales des agences régionales de santé, des caisses primaires d'assurance maladie, des communautés professionnelles territoriales de santé – Réseau France santé du territoire, des unions régionales des professionnels de santé, des élus locaux et des représentants d'usagers du système de santé. »

V. – Alinéa 20

Remplacer les mots :

communautés France santé

par les mots :

communautés professionnelles territoriales de santé – Réseau France santé

L'amendement n° 247 rectifié n'est pas soutenu.

La parole est à M. Laurent Somon, pour présenter l'amendement n° 1505 rectifié *ter*.

M. Laurent Somon. Il est défendu !

Mme la présidente. L'amendement n° 1064, présenté par M. G. Blanc, Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, M. Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

I. – Alinéas 1, 3, 6, 25 et 35

Remplacer les mots :

France santé

par les mots :

territoriales France santé

II. – Alinéas 4 et 5

Remplacer les mots :

France santé

par les mots :

territoriale France santé

III. – Alinéa 20

Remplacer la première occurrence des mots :

France santé

par les mots :

territoriales France santé

La parole est à Mme Anne Souyris.

Mme Anne Souyris. Il s'agit d'ajouter le mot « territoriales » à la nouvelle labellisation « communautés France Santé ». Il s'agit bien évidemment d'un amendement de repli.

Mme la présidente. L'amendement n° 1263 rectifié, présenté par MM. Chasseing et Rochette, Mme Lermytte, M. Grand, Mme Bourcier, M. V. Louault, Mme L. Darcos, MM. Médeville, Chevalier, A. Marc et Brault, Mme Paoli-Gagin et MM. Wattebled, Menonville, Khalifé, H. Leroy et Lemoyne, est ainsi libellé :

I. – Alinéas 3, 6, 25 et 35

Avant le mot :

France

insérer le mot :

territoriales

II. – Alinéas 4 et 5

Avant le mot :

France

insérer le mot :

territoriale

La parole est à M. Daniel Chasseing.

M. Daniel Chasseing. L'article 21 bis prévoit de renommer les « communautés professionnelles territoriales de santé » en « communautés France Santé », si bien que la notion de territoire disparaît. Or cette dimension est essentielle à l'action des CPTS, à leur ancrage, et leur permet de jouer un rôle fondamental au plus près des besoins locaux.

Cela étant, je tiens à souligner – et je le regrette – que certaines CPTS ne prennent pas en charge les soins non programmés. La loi devrait prévoir que les ARS mettent en place des CPTS correspondant à un bassin de vie. Il devrait également être spécifié que, dans ces territoires, doivent être implantées plusieurs maisons de santé où, à tour de rôle, se relaieraient des professionnels de santé pour assurer une garde de huit heures à vingt heures.

Je souhaiterais que l'on continue à faire évoluer les CPTS existantes. D'ailleurs, que l'on parle de communautés professionnelles territoriales de santé ou de communautés France Santé, il faudrait stipuler que ces communautés doivent agir à l'échelle d'un territoire et que les MSP doivent assumer les soins non programmés.

Mme la présidente. Les trois amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 476 rectifié est présenté par MM. Milon et Khalifé, Mme Deseyne, M. Sol, Mme Lassarade, M. Somon, Mme Micouleau, M. Burgoa et Mme Aeschlimann.

L'amendement n° 1195 est présenté par Mmes Brulin, Apourceau-Poly et Silvani, M. Corbisez et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky.

L'amendement n° 1565 rectifié *bis* est présenté par Mme Sollogoub, MM. Dhersin et Mizzon, Mmes Billon et Guidez, MM. Duffourg et Rochette et Mmes Romagny et de La Provôté.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 5

Supprimer cet alinéa.

La parole est à M. Jean Sol, pour présenter l'amendement n° 476 rectifié.

M. Jean Sol. Le présentement amendement vise à supprimer la disposition prévue à l'alinéa 5, qui confie exclusivement aux organisations représentatives des seules structures concernées, et non des professionnels de santé qui y exercent, la conclusion de l'accord conventionnel relatif aux MSP.

Sous couvert de mieux structurer le dialogue avec les MSP, cette mesure constitue une atteinte grave à l'architecture conventionnelle. Elle écarte les syndicats représentatifs des professionnels de santé libéraux, pourtant directement concernés par les obligations et les rémunérations prévues dans ces accords. Il s'agit d'un nouveau contournement du paritarisme et des organisations professionnelles, pourtant légitimes, qui fragilise le modèle conventionnel et met en cause la place des soignants dans la gouvernance du système de santé.

Une telle mesure amènera de nombreuses maisons de santé pluriprofessionnelles à ne plus adhérer aux fédérations régionales d'AVECsanté, ce qui est déjà le cas d'un certain nombre d'entre elles, ou des professionnels de santé à quitter les maisons de santé qui en resteraient adhérentes. Ce mouvement perdrait ainsi sa représentativité, ce qui inciterait à la création d'autres organisations nationales pour représenter ces maisons de santé. Au total, cette disposition fragilisera l'exercice coordonné dans de nombreux territoires.

Attachés à un dialogue conventionnel équilibré et réellement représentatif, nous demandons la suppression de ce dispositif et l'ouverture d'une concertation incluant l'ensemble des acteurs de terrain.

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Lahellec, pour présenter l'amendement n° 1195.

M. Gérard Lahellec. L'alinéa 5 vise en effet à obliger les maisons de santé et les centres de santé à adhérer aux CPTS. Or ces communautés ont été créées afin de permettre aux professionnels de santé libéraux qui le souhaitent de s'organiser pour coordonner leur action.

Obliger les maisons de santé créées par les professionnels libéraux à adhérer aux CPTS contrevient donc au principe même de la liberté d'exercice des professionnels de santé.

Par cet amendement, nous proposons de supprimer cette obligation d'adhésion.

Mme la présidente. La parole est à Mme Nadia Sollogoub, pour présenter l'amendement n° 1565 rectifié *bis*.

Mme Nadia Sollogoub. Défendu !

Mme la présidente. L'amendement n° 1399, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique

et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, M. Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

Alinéa 15

Après les mots :

les structures de soins de premier recours

insérer les mots :

non lucratives

La parole est à Mme Anne Souyris.

Mme Anne Souyris. Madame la ministre, je crains que vous ne soyez assez seule ici à défendre cette réforme. Je crois pouvoir dire que l'ensemble de la commission a reçu l'article 21 bis avec un certain scepticisme.

Comme nos collègues siégeant de l'autre côté de l'hémicycle, nous regrettons qu'il s'agisse avant tout d'une opération d'affichage politique. Cela étant, les membres du groupe écologiste ne rejettent pas d'emblée votre réforme. Ils proposent de l'améliorer, comme leurs collègues écologistes l'ont fait à l'Assemblée nationale.

Ainsi, cet amendement vise à réservier aux structures publiques et privées à but non lucratif le label France Santé. Je tiens à le répéter, il s'agit d'exclure non pas toutes les structures privées, mais seulement celles à but lucratif, c'est-à-dire celles dont l'objet est, par nature, de faire du profit sur le dos de la sécurité sociale.

Je ne prône ni l'interdiction du soin privé à but lucratif ni son déremboursement par la sécurité sociale. Je dis simplement que ces structures n'ont pas besoin d'une aide de 50 000 euros pour s'installer. Elles font déjà du profit et ne sont pas dans des zones sous-denses.

En revanche, le secteur non lucratif a besoin d'argent. Les centres de santé à but non lucratif sont en train de mourir. (*Mme Raymonde Poncet Monge manifeste son approbation.*) Il est temps de les soutenir : nous sommes prêts à travailler avec vous de manière constructive, à condition que l'on concentre l'investissement sur ceux qui en ont besoin et qui servent l'intérêt général.

Mme la présidente. L'amendement n° 1400, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, M. Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

Alinéa 15

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Elles comportent un référent handicap.

La parole est à Mme Anne Souyris.

Mme Anne Souyris. Nous proposons que chaque structure labellisée France Santé désigne un référent handicap, afin de garantir une meilleure inclusion des patients en situation de handicap dans les soins de premiers secours.

Cette disposition ne vient pas de nulle part. La Conférence nationale du handicap de 2023 a fixé, pour la période 2023-2026, l'objectif explicite de désigner un professionnel référent handicap dans chaque établissement de santé. Le fait d'étendre cette ambition aux structures de ville labellisées France Santé répond à la fois à un impératif de cohérence des politiques publiques et à une nécessité de terrain largement documentée.

Concrètement, la présence d'un référent handicap change tout. Elle permet d'améliorer l'accessibilité des parcours de soins, d'anticiper et de lever des obstacles, qu'ils soient organisationnels, sensoriels ou communicationnels, et d'accompagner plus justement les patientes et les patients dans leurs relations avec les équipes soignantes.

Les référents handicap jouent un rôle décisif pour lutter contre le renoncement aux soins et garantir une réelle égalité d'accès : ils aident à adapter les pratiques professionnelles, à coordonner les temps de consultation, ou encore à fluidifier l'information entre patients, aidants et soignants. C'est un amendement de bon sens.

Mme la présidente. L'amendement n° 453 rectifié, présenté par MM. Milon et Khalifé, Mme Deseyne, M. Sol, Mme Lassarade, M. Somon et Mmes Micouleau, Doineau et Aeschlimann, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 17

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

« *Art. L. 6330-3. – Les structures France Santé s'appuient, dans le cadre de leur organisation et de leur fonctionnement, sur les prestataires de santé à domicile régis par l'article L. 5232-3 au titre de leur contribution à la coordination et à la continuité des soins. Cette coordination concerne notamment les prises en charge à domicile en sortie d'hospitalisation ou directement à domicile, les situations de maintien à domicile ou de surveillance de patients chroniques.*

La parole est à Mme Florence Lassarade.

Mme Florence Lassarade. Les soins à domicile doivent être pleinement inclus dans l'architecture du futur réseau France Santé.

Les prestataires de santé à domicile (Psad) accompagnent chaque année plus de 4 millions de patients, dans des situations souvent complexes : retour à domicile après hospitalisation, prise en charge de maladies chroniques, soins palliatifs, maintien à domicile de personnes âgées ou en situation de handicap, etc.

Leur action repose sur un maillage territorial dense – ce dernier est constitué de 2 400 structures, dont 80 % de TPE et PME – et sur une expertise organisationnelle, logistique et humaine reconnue mobilisant 33 000 salariés, dont 6 000 professionnels de santé.

Pourtant, les Psad sont absents de la rédaction actuelle de l'article 21 bis, alors même qu'ils représentent un levier stratégique de réussite pour ce réseau, notamment en vue de désengorger les services d'urgence et de prévenir les hospitalisations évitables. En assurant la prise en charge directe à domicile des personnes fragiles, en particulier les personnes âgées – je pense à l'oxygénothérapie, à la réhydratation, à l'antibiothérapie ou encore à l'assistance nutritionnelle –, les Psad contribuent directement à l'atteinte de cet objectif. Leur rôle de coordination des soins à domicile, en appui des prescripteurs et en complémentarité avec les maisons de santé et les autres professionnels intervenant, est essentiel à l'efficacité des parcours.

Les Psad ont démontré leur capacité à soutenir l'accès aux soins dans les zones sous-dotées, à assurer la continuité des prises en charge en temps réel et à relever les défis logistiques du virage domiciliaire. Ils sont, dans les faits, l'un des artisans invisibles du succès du déploiement des prises en charge de proximité.

Cet amendement vise ainsi à inscrire le rôle de coordination et de soutien au réseau des Psad dans le cadre législatif du dispositif France Santé. Il s'agit de reconnaître leur contribution à l'organisation des soins, de renforcer l'articulation entre ville, hôpital et domicile, et de poser les bases d'une véritable stratégie intégrée de santé à domicile.

Mme la présidente. Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 400 rectifié *bis* est présenté par Mmes Lassarade et Richer, MM. Panunzi et H. Leroy, Mme de La Provôté, MM. Lefèvre et Naturel, Mme Malet, MM. Burgoa et Houpert, Mme Aeschlimann, MM. D. Laurent, Anglars, Cambon et Genet, Mmes Bonfanti-Dossat et Di Folco et MM. de Nicolaï, Duplomb et J.M. Boyer.

L'amendement n° 473 rectifié *bis* est présenté par MM. Milon et Khalifé, Mme Deseyne, MM. Sol et Somon et Mme Micouleau.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéas 19 et 21

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme Florence Lassarade, pour présenter l'amendement n° 400 rectifié *bis*.

Mme Florence Lassarade. En cas de non-conclusion, dans un délai limité, d'un avenant à l'accord conventionnel relatif aux maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou à l'accord conventionnel interprofessionnel destiné à développer l'exercice coordonné et les communautés France Santé, les alinéas 19 et 21 précisent que les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent en fixer unilatéralement le contenu par arrêté.

Je propose de supprimer ces dispositions. Une telle mesure reviendrait à substituer l'autorité administrative au dialogue conventionnel, alors que ce dialogue constitue un fondement essentiel du système de santé libéral et du partenariat entre l'État, l'assurance maladie et les représentants des professionnels de santé.

Le cadre conventionnel repose sur la négociation, la coresponsabilité et la recherche d'un équilibre entre les acteurs. Une intervention des ministres, dans un délai particulièrement court, en lieu et place de cette négociation, altérerait la portée du processus conventionnel, fragiliserait la confiance entre les parties et créerait un précédent contraire aux principes de la démocratie sanitaire.

Réaffirmer la nécessité de préserver la primauté du dialogue conventionnel, c'est contribuer à garantir la légitimité, la stabilité et l'appropriation collective des dispositifs d'organisation des soins de premier recours.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean Sol, pour présenter l'amendement n° 473 rectifié *bis*.

M. Jean Sol. Il est défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 470 rectifié, présenté par MM. Milon et Khalifé, Mme Deseyne, M. Sol, Mme Lassarade, M. Somon, Mme Micouleau, M. Burgoa et Mme Aeschlimann, est ainsi libellé :

Alinéa 20

Remplacer le mot :

communautés

par le mot :

structures

La parole est à M. Jean Sol.

M. Jean Sol. Il s'agit d'un amendement de cohérence, étant donné que nous proposons de supprimer la disposition rebaptisant les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) communautés France Santé.

Mme la présidente. Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 250 rectifié est présenté par Mme Muller-Bronn, MM. Pointereau, Genet et Rapin, Mmes Di Folco et Evren, MM. Panunzi et D. Laurent et Mme Ventalon.

L'amendement n° 1504 rectifié *ter* est présenté par MM. Séné, de Nicolaï, Klinger, Somon et Anglars et Mmes Schalck, Drexler et Aeschlimann.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 21

Supprimer cet alinéa.

L'amendement n° 250 rectifié n'est pas soutenu.

La parole est à M. Laurent Somon, pour présenter l'amendement n° 1504 rectifié *ter*.

M. Laurent Somon. Cet amendement vise à rétablir l'obligation de négociation avec les organisations représentatives des professionnels de santé, en supprimant la possibilité laissée au Gouvernement d'adopter un amendement aux accords conventionnels interprofessionnels (ACI) par simple arrêté.

Mme la présidente. L'amendement n° 1196, présenté par Mmes Brulin, Apourceau-Poly et Silvani, M. Corbizez et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky, est ainsi libellé :

Alinéa 21

Remplacer le mot :

deux

par le mot :

six

La parole est à Mme Céline Brulin.

Mme Céline Brulin. Cet amendement vise à étendre de deux à six mois le délai au terme duquel doivent aboutir les négociations conventionnelles.

Madame la ministre, cette longue discussion commune, qui touche à près tous les alinéas de cet article, montre que ce travail n'est ni fait ni à faire, comme on dirait chez moi. Si j'étais un peu plus provocatrice encore, je dirais même que cela fait un peu cher le panneau France Santé! (*Rires sur les travées du groupe GEST.* – Mmes Laure Darcos et Florence Lassarade sourient.)

C'est tout de même un peu de cela qu'il s'agit. (*Mme la ministre le conteste.*) Vous dites non, madame la ministre. Sans doute allez-vous essayer de me convaincre qu'il s'agit de l'idée du siècle pour améliorer l'accès aux soins dans notre pays, mais pour l'instant je suis loin d'en être convaincue!

Je pense même que les 150 millions d'euros que le Gouvernement envisage de consacrer à ce dispositif par le biais du présent texte seraient beaucoup mieux employés pour aider les collectivités territoriales à créer des centres de santé publique (CSP), pour améliorer l'accueil des docteurs

juniors, dont il a été beaucoup question cette après-midi, ou encore pour créer des postes de professeur des universités-praticien hospitalier (PU-PH) et de chef de clinique, que les collectivités territoriales financent parfois elles-mêmes pour assurer la formation dans nos centres hospitaliers universitaires (CHU).

Ce faisant, nous donnerions des moyens à des dispositifs existants dont nous savons qu'ils fonctionnent déjà. En outre, nous éviterions des effets d'aubaine que nous connaissons également : dans la jungle des aides publiques données sous forme d'incitations, nous savons qu'un certain nombre de dispositifs ne fonctionnent pas.

Enfin, cet article contrevient à plusieurs principes que vous défendez vous-même, comme la liberté d'exercice, la liberté de s'organiser ou encore le fait d'être en phase avec les besoins du territoire et de ne pas répondre à une injonction d'ordre national.

Vraiment, je pense que ce gadget ne convainc personne !

Mme la présidente. L'amendement n° 291 rectifié *bis*, présenté par MM. Milon et Khalifé, Mme Deseyne, M. Sol, Mme Lassarade, M. Somon, Mme Micouleau, M. Burgoa et Mme Aeschlimann, est ainsi libellé :

Alinéas 24 à 27

Supprimer ces alinéas.

La parole est à M. Jean Sol.

M. Jean Sol. Dans sa rédaction actuelle, cet article précise que les accords conventionnels relatifs aux maisons de santé pluriprofessionnelles seront désormais signés par les seules organisations reconnues représentatives de ces structures au niveau national, ce qui revient à écarter les syndicats professionnels du processus de négociation.

Derrière l'apparente volonté de mieux organiser le dialogue avec les maisons de santé pluriprofessionnelles, les alinéas 24 à 27 me semblent profondément dangereux pour l'architecture conventionnelle. Une entité comme AVECSanté ne représente les maisons de santé pluriprofessionnelles qu'en tant que structures juridiques. Lui laisser la capacité de conclure seule des accords conventionnels revient à évincer les représentants légitimes des professionnels de santé libéraux qui y exercent.

Cette mesure, en apparence technique, trahit une volonté claire : modifier les règles de la négociation conventionnelle en limitant le rôle des organisations représentatives des professionnels de santé dans la définition des politiques de santé. Elle agrave le risque de démantèlement progressif du dispositif conventionnel, qui est un pilier de notre pacte social de santé.

Cet amendement vise ainsi à préserver la capacité des organisations représentatives de professionnels de santé libéraux de négocier l'ACI relatif aux MSP en conservant les règles de signature actuelles.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Les amendements présentés sont tous incompatibles avec l'amendement n° 659 de la commission et l'amendement identique n° 797 rectifié *quater* de Mme Guillotin : la commission y est donc défavorable. Cela étant, je tiens à apporter quelques précisions.

L'amendement n° 1564 rectifié tend à supprimer les dispositions relatives aux communautés France Santé, mais en conservant la mise en place du réseau France Santé. La commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

L'amendement n° 1505 rectifié *ter* vise à renommer les CPTS « CPTS-réseau France Santé », ce qui satisferait la fédération des CPTS, et surtout à créer un comité départemental d'animation du réseau France Santé. Or il ne paraît pas utile de créer encore un nouveau comité. Aussi, la commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

Les amendements n° 1064 et 1263 rectifiés ont pour objet de renommer les CPTS « communautés territoriales France Santé ». La dénomination qui conviendrait le mieux aux CPTS serait sans doute « CPTS-réseau France Santé », même si cet intitulé est un peu long. La commission émet un avis défavorable sur ces amendements.

Les amendements identiques n° 476 rectifié, 1195 et 1565 rectifié *bis* visent à supprimer la participation obligatoire des centres de santé et des MSP aux communautés France Santé. L'amendement de la commission tend précisément à supprimer cette disposition. La commission demande donc le retrait de ces trois amendements identiques ; à défaut, l'avis serait défavorable.

L'amendement n° 1399 vise à réservé le label France Santé aux seules structures non lucratives. À mon sens, nous avons besoin de l'ensemble des structures de soins pour améliorer l'accès aux soins dans un territoire donné. Il ne me paraît donc pas pertinent d'exclure *a priori* certaines structures. La commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

L'amendement n° 1400 tend à imposer la désignation d'un référent handicap au sein de chaque structure labellisée. Pour rappel, nous ne savons même pas précisément quelles structures seront éligibles au label France Santé. Après m'être entretenue avec Mme la ministre, j'ai cru comprendre que même une pharmacie travaillant avec une infirmière pourrait obtenir ce label : il serait difficile de nommer un référent handicap en pareil cas. La commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

L'amendement n° 453 rectifié vise à inclure les prestataires de santé à domicile dans le réseau France Santé, disposition incompatible avec l'amendement de la commission. Je précise que la loi ne reconnaît que les prestataires de services et les distributeurs de matériel. Il n'est donc pas pertinent de prévoir, via le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), une modification des compétences de ces prestataires. En conséquence, la commission demande le retrait de cet amendement ; à défaut, l'avis serait défavorable.

La commission est également défavorable à l'amendement rédactionnel n° 470. L'amendement de la commission tend, en effet, à supprimer l'ensemble des dispositions visées.

Les amendements identiques n° 400 rectifié *bis* et 473 rectifié *bis*, ainsi que l'amendement n° 1504 rectifié *ter*, tendent à supprimer la possibilité pour les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale de définir le contenu des accords conventionnels relatifs au réseau France Santé et aux communautés France Santé. Sur le fond, ils vont dans le bon sens, mais ils sont incompatibles avec l'amendement de la commission. Aussi, la commission demande leur retrait. À défaut, l'avis serait défavorable.

Enfin, l'amendement n° 1196 vise à allonger le délai laissé aux partenaires conventionnels pour signer un accord. Dans l'esprit, j'y suis favorable, mais ses dispositions sont incompatibles avec l'amendement de la commission, de même que celles de l'amendement n° 291 rectifié *bis*. Nous émettons, de ce fait, un avis défavorable sur ces deux amendements.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Mesdames, messieurs les sénateurs – je me tourne en particulier vers vous, monsieur Milon –, j'ai bon espoir de vous convaincre, car, avec cet article, nous proposons un véritable outil d'aménagement du territoire, et je sais combien votre assemblée est sensible à cet enjeu.

Bien sûr, je comprends les critiques. Cette mesure a été annoncée rapidement, et j'ai moi-même eu un mouvement de surprise en en prenant connaissance. Mais j'en ai ensuite mesuré tout l'intérêt, que je vais m'efforcer de vous démontrer.

Il s'agit de répondre à tous nos concitoyens qui se sentent abandonnés parce qu'ils n'ont pas accès aux soins. Bien sûr, France Santé ne va pas créer des médecins *ex nihilo*, j'en conviens, mais le dispositif peut améliorer sensiblement l'accès aux soins.

Ce n'est pas, comme beaucoup d'entre vous le prétendent, « un truc en plus », une structure de plus ou un dispositif de plus. Je tiens à insister sur ce point.

Avec France Santé, nous allons mener un triple travail, et nous allons d'ailleurs le faire ensemble.

Premièrement, nous allons donner de la visibilité aux structures apparues ces dernières années pour améliorer l'accès aux soins – je pense aux maisons de santé, aux centres de santé ou encore aux bus de santé. Souvent, nos concitoyens ne savent même pas qu'elles existent. Certains d'entre eux ignorent l'existence des CPTS, qui assurent un accès aux soins non programmés.

Le premier objectif de France Santé, c'est donc de rendre lisible l'offre de soins. Cela passe en effet par un logo, mais pas seulement. Dans cette assemblée, vous connaissez l'efficacité des maisons France Services. Vous savez que, lorsqu'ils poussent la porte de l'un de ces établissements, nos concitoyens obtiennent une réponse à leur demande : il en sera de même avec les communautés France Santé. Monsieur Jomier, on ne peut pas dire que les maisons France Services suivent une logique de centralisation.

Nous n'inventons donc rien de nouveau. Simplement, nous rendons visible ce que les professionnels ont fait, sans créer une nouvelle structure.

Mme Céline Brulin. C'est bien ce que je dis : cela fait cher le logo !

Mme Stéphanie Rist, ministre. Pour que nos concitoyens ne se sentent pas abandonnés, pour que, de ce fait, ils ne se tournent pas vers les extrêmes, le logo peut avoir son importance, dès lors qu'il améliore la visibilité de l'offre.

Deuxièmement, nous allons consolider les structures existantes. Les maisons de santé, les centres de santé, les bus de santé qui seront labellisés s'en trouveront renforcés : ils auront accès à un financement de 50 000 euros en moyenne. Le budget pour 2026 contient une enveloppe de 150 millions d'euros à cet effet.

Monsieur Jomier, pour vous répondre, l'objectif de 5 000 structures labellisées vaut pour 2027. Les 150 millions d'euros pour 2026 doivent nous permettre de labelliser 2 000 premières structures. La volonté du Gouvernement est d'en labelliser un maximum, et tant mieux si nous dépassons l'objectif ! Le cas échéant, nous adapterons le financement. L'important est que nos concitoyens disposent d'une offre de soins à côté de chez eux.

Troisièmement et enfin, nous voulons créer des structures là où il n'y a rien. Il existe encore des territoires où, malgré l'organisation des professionnels, l'on n'a toujours pas accès à un médecin dans un délai de 48 heures, où il n'y a ni CPTS ni maison de santé.

Là où c'est le cas, France Santé doit allouer de nouveaux financements pour encourager la création d'un noyau de coopération qui attirera ensuite des médecins.

J'ai donné l'exemple de la pharmacie, parce que c'est le seul endroit où les habitants de certains territoires peuvent avoir rapidement accès à un professionnel de santé. Si le financement dont nous parlons permet de créer, dans cette pharmacie, des téléconsultations avec une infirmière travaillant dans un village voisin, nous apportons un début de réponse à la demande d'accès aux soins de nos concitoyens. Cela pourra servir de base à la création d'une CPTS, puis inciter des médecins à venir s'installer. Par cet intermédiaire, nous parviendrons à créer de l'accès aux soins.

Mesdames, messieurs les sénateurs, je précise que le dispositif sera piloté par les départements, par les élus des territoires. Cet outil sera à leur disposition dans une logique d'aménagement du territoire, pour améliorer la visibilité de l'offre existante et accroître l'accès aux soins.

Il est vrai que certains amendements adoptés par l'Assemblée nationale visent à imposer une contrainte. Pour ma part, je suis favorable à plusieurs de vos amendements tendant à revenir sur ces dispositions.

Ce n'est pas le ministère qui accordera le label à telle ou telle structure. Nous avons fait en sorte que le cahier des charges soit très souple, car il faut pouvoir s'adapter aux territoires. La structure doit être en mesure d'attribuer un rendez-vous à un médecin conventionné en secteur 1 sous 48 heures et compter au moins un infirmier. Autrement dit, il faut une coopération.

Dès lors qu'elles rempliront ce cahier des charges, toutes les structures qui le souhaitent pourront être labellisées. J'ajoute qu'aucune CPTS n'aura l'obligation d'être labellisée France Santé. Je ne suis d'ailleurs pas fermée à l'idée de renoncer à l'appellation de communauté France Santé, si cela nous permet d'avancer. Honnêtement, si nous pouvons améliorer l'accès aux soins de nos concitoyens, je ne m'obstinerai pas sur le nom des CPTS.

Nous sommes prêts à accepter des évolutions, qu'il s'agisse du nom ou des contraintes éventuelles. En tout état de cause, nous ne créons pas un énième dispositif, nous n'instaurons pas d'obligation, nous mettons à disposition des professionnels et des élus un outil pour améliorer l'accès aux soins dans leur territoire.

Je sais que des modifications peuvent être apportées au sujet des négociations. C'est l'objet de certains de vos amendements. En effet, nous avons prévu deux modes de financement : le recours au fonds d'intervention régional et la négociation avec les professionnels des maisons de santé.

Dans le cas où la négociation n'aboutirait pas, je suis prête à soutenir des amendements visant à revenir à une signature de l'accord négocié avec les syndicats par le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie. Je suis prête à retirer du texte cette partie relative au financement.

Si nous avons prévu que le financement puisse découler des négociations conventionnelles, c'est parce que c'était une demande des maisons de santé elles-mêmes. S'il doit reposer à 100 % sur le FIR, soit : mais je ne crois pas que ce soit ce que souhaitent les professionnels.

En somme, je suis d'accord avec tout ce qui a été dit : ce n'est pas un dispositif en plus ; nous consolidons les structures qui ont besoin d'un tel soutien en leur apportant un financement pour recruter une secrétaire ou un infirmier supplémentaire, ou encore pour louer des bureaux.

Par exemple, le responsable d'une maison de santé m'a dit qu'il avait besoin d'un bureau pour accueillir un docteur junior ou un interne supplémentaire. Ce financement servira à cela. Nous laissons la main aux élus des territoires et aux professionnels !

Les difficultés d'accès aux soins sont une réalité, qui provoque beaucoup d'angoisses. Je connais trop les conséquences de ces difficultés – c'est l'engagement de ma vie – pour chercher aujourd'hui à vous vendre un gadget auquel je ne crois pas.

Si nous nous mettons à la place des professionnels, France Santé ne change rien. C'est un financement supplémentaire qui leur permettra de consolider leur structure en recrutant un infirmier ou une secrétaire et de continuer de proposer des rendez-vous médicaux dans les 48 heures.

Là où il n'y a rien, France Santé pourra créer un mouvement vers l'accès aux soins.

Quant aux patients et à leurs familles, ils auront une meilleure idée des structures existantes. Quand votre mère sort de l'hôpital à la suite d'un accident vasculaire cérébral (AVC), vous ne savez pas forcément vers quel professionnel vous tourner : vous saurez plus facilement quelle porte pousser pour obtenir une réponse à vos questions.

Enfin, les élus départementaux disposeront d'un outil d'aménagement du territoire, car ce sont eux, avec les élus communaux, qui savent où planter ces maisons France Santé.

Je ne comprendrais pas que vous n'adoptiez pas cet outil, qui n'oblige à rien et ne retire rien.

Pour les raisons que je viens d'indiquer, le Gouvernement est défavorable à tous ces amendements, à l'exception des amendements identiques n° 476 rectifié, 1195 et 1565 rectifié bis, qui visent à supprimer l'adhésion obligatoire aux CPTS ; de l'amendement n° 291 rectifié bis, qui tend à revenir aux modalités de signature par le directeur de la Cnam ; et aux amendements identiques n° 400 rectifié bis et 473 rectifié bis, qui visent à supprimer la négociation sous contrainte. Ces amendements reçoivent, eux, un avis favorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Daniel Chasseing, pour explication de vote.

M. Daniel Chasseing. Mme la ministre m'a convaincu : non seulement France Santé ne fera pas doublon avec les CPTS, mais ce dispositif apportera un financement supplémentaire, et permettra d'impliquer les élus. Pour ma part, je suis donc plutôt favorable à cet article, à condition que l'agence régionale de santé (ARS) demande à France Santé de bien vouloir mettre en place les soins non programmés.

Mme la présidente. La parole est à Mme Émilienne Poumirol, pour explication de vote.

Mme Émilienne Poumirol. Madame la ministre, j'ai hésité à déposer un amendement et j'ai bien fait d'attendre de vous avoir entendue. Je suis tentée de dire, finalement, tout ça pour ça ! (*M. Olivier Rietmann renchérit.*)

Nous nous sommes tous émus des annonces gouvernementales. Nous sommes montés au créneau. Or les éléments que vous venez de nous donner relèvent avant tout de l'effet d'annonce.

Je comprends bien que vous n'allez pas inventer des médecins du jour au lendemain pour les installer un peu partout. Vous dites que votre objectif est d'apporter de la visibilité en matière d'accès aux soins. Mais lorsqu'on habite dans un désert médical, on n'a pas besoin d'un panneau France Santé pour savoir où se situe un cabinet, une MSP ou un centre de santé. Cela ne répondra pas à la demande d'accès aux soins.

En revanche, la consolidation de structures existantes par la labellisation me semble intéressante. Car, en réalité, cet article n'apporte rien de nouveau, sinon un label, à des MSP, à des centres de santé et à des cabinets médicaux qui existent déjà.

Mme Annie Le Houerou. Parfaitement !

Mme Émilienne Poumirol. Je pense en particulier aux MSP et aux centres de santé : par définition, ces structures pluri-professionnelles effectuent un travail de coordination. Le fait de travailler en équipe, sur la base d'un projet de territoire, me semble être l'avenir de la médecine. Mais l'ARS finance déjà ces structures. Les 50 000 euros s'ajouteront-ils à ces aides ?

Enfin, vous dites vouloir favoriser la création d'une offre là où il n'y a rien ; mais, là où il n'y a rien, vous ne parviendrez pas à trouver le moindre médecin. Je le répète, la Cour des comptes nous a appris la semaine dernière qu'il existait quatorze aides à l'installation différentes, dont l'efficacité est quasiment nulle. Cela coûte 200 millions à 210 millions d'euros par an et n'apporte rien.

Mme la présidente. Il faut conclure, chère collègue.

Mme Émilienne Poumirol. Je ne vois pas comment vous comptez créer de nouveaux centres.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Jomier, pour explication de vote.

M. Bernard Jomier. Madame la ministre, j'entends vos explications, mais nous ne pouvons pas décorrérer l'annonce de la création de France Santé de tout ce qui a été dit sur la santé par le Gouvernement ces derniers temps. À Albi, le Premier ministre a dit beaucoup de choses.

Vous ne pouvez pas déconnecter la transformation des CPTS en communautés France Santé du projet de départementalisation, voire de dépeçage des ARS. Personne n'y comprend rien !

Au total, onze de vos prédécesseurs ont signé une tribune commune pour dire que ce travail était... Je ne répéterai pas l'expression de Mme Brulin, mais, je vous le dis très sincèrement, les acteurs sont décontenancés.

Certes, vous leur annoncez qu'ils obtiendront 50 000 euros : certains sont tentés de les prendre. Mais cette distribution de 130 millions d'euros, sans créer aucune offre, est tout de même problématique – vous l'avez d'ailleurs admis vous-même.

Par ses annonces, M. le Premier ministre a ouvert des pistes intéressantes, qui méritent d'être discutées. L'acte de décentralisation en matière de santé mérite que l'État et les collectivités territoriales s'en saisissent dans le cadre d'un véritable échange.

Vous avez fait preuve de courage en mettant ce dossier sur la table. Mais ne commencez pas en créant France Santé *via* le PLFSS ; cette espèce de « truc » n'a vocation qu'à assurer un financement.

Tout le monde le sait ici, les représentants des ARS envoient des textos à des élus locaux ou même à des structures pour leur dire : « Nous savons ce qui s'est décidé à Paris, vous aurez tant de fois 50 000 euros, qui voulez-vous financer ? »

Madame la ministre, vous avez lancé une mécanique qui n'a pas de sens. (*Mme Annie Le Houerou acquiesce.*) Arrêtons-la et réfléchissons ensemble, d'autant que, je le répète, M. le Premier ministre a ouvert des pistes intéressantes.

Mme la présidente. La parole est à M. Martin Lévrier, pour explication de vote.

M. Martin Lévrier. J'aimerais partir d'un autre postulat, si vous le permettez : la santé relève du régional, du moins jusqu'à présent. Parler de décentralisation revient à changer de paradigme, et je ne suis pas sûr qu'il faille le faire.

J'ajoute un second postulat sur lequel nous serons sans doute tous d'accord : les aides que déploient localement les collectivités territoriales partent toutes d'une bonne intention – il n'est pas question de porter un jugement à ce titre –, mais elles ont souvent provoqué des problèmes incommensurables entre communes, de commune à établissement public de coopération intercommunale (EPCI), d'EPCI à EPCI ou de département à département. En effet, ces aides partent dans tous les sens...

Dans un récent rapport demandé par la commission des affaires sociales, la Cour des comptes pointe, de manière très intéressante, 200 millions d'euros d'aides d'État dont la pertinence est impossible à connaître. Autrement dit, ces aides sont sûrement utiles, mais l'on ne sait pas à quoi... Et, pour les aides des collectivités territoriales, on nous dit de même : « On ne sait pas, messieurs-dames ! » Il y a tout de même un problème.

Il faudrait aborder ce système en suivant, dans un premier temps, une logique de déconcentration, et non de décentralisation.

Les maisons France Santé sont aussi à la main des territoires. Pour construire de premiers schémas, on pourrait se fonder sur l'existant, notamment sur les structures créées par les territoires. Cette logique ascendante me semble la plus intelligente. Elle permettrait de construire un ensemble beaucoup plus cohérent que ce que l'on nous propose aujourd'hui, même si l'on ne fait pas merveille séance tenante.

Je ne crois pas au coup de baguette magique. En revanche, je vois bien le résultat auquel nous sommes parvenus grâce aux maisons France Services qui – ne l'oubliez pas – ont elles aussi été décriées sur ces travées, dès leur création, alors qu'elles sont désormais d'une efficacité incroyable. (*Mme Raymonde Poncet Monge proteste.*)

Nous devons partir des territoires, j'en suis convaincu, mais dans une logique de déconcentration et non de décentralisation, quand il s'agit du domaine régional.

Mme la présidente. La parole est à Mme Anne Souyris, pour explication de vote.

Mme Anne Souyris. Madame la ministre, j'entends vos propositions. Vous parlez de visibilisation, de consolidation, de créations de postes. Pour ma part, je vous réponds : « Formidable ! » Face à la désertification, nous devons défendre le maillage territorial.

Toutefois, je m'interroge : on nous propose un label, mais sans que nous ne sachions rien de plus, comme s'il n'y avait rien derrière.

Qu'allons-nous visibiliser ? Les pharmacies ? Mais sont-elles vraiment des lieux de soins ? Si l'on a une pharmacie à une demi-heure de chez soi, faut-il considérer que l'on pourra être soigné ? Est-il bien raisonnable de prétendre que c'est la même chose d'habiter près d'une pharmacie, d'un hôpital ou d'une maison de santé ?

Vous parlez d'un label. Dans le cas des maisons France Services, ou bien de France Travail, le label est clairement identifiable, car il renvoie à un service qui se décline partout de la même manière. Mais, en l'occurrence, nous ne savons pas de quoi l'on parle. Comment peut-on voter de tels crédits ?

Vous n'avez pas répondu au sujet des établissements lucratifs et non lucratifs. Or ce point a toute son importance : on ne peut pas accepter que l'argent public finance n'importe quoi.

Paris dénombre 200 centres de santé. Parmi eux, les centres solidaires sont en train de mourir. Si les centres publics perdurent, c'est grâce au soutien de la mairie. En revanche, les centres de santé privés se portent très bien : j'espère que ce n'est pas à eux que le label est destiné...

Comment pouvez-vous croire que les parlementaires que nous sommes accepteront de voter cette mesure dans de telles conditions, au petit bonheur la chance ? Ce n'est pas responsable. Il aurait fallu présenter un projet de loi dédié : alors, nous aurions pu débattre.

Mme la présidente. La parole est à Mme Laurence Rossignol, pour explication de vote.

Mme Laurence Rossignol. En résumé, M. le Premier ministre a annoncé ce dispositif France Santé sur les conseils d'on ne sait qui – en tout cas j'ai cru comprendre que ce n'était pas vous, madame la ministre. Pour votre part, vous faites le travail ; vous êtes au banc du Gouvernement et vous défendez ces annonces.

Mes chers collègues, ce sujet ne mérite pas que nous y passions tant de temps. Nous ne sommes même pas sûrs que les crédits seront débloqués ; et, si c'est le cas, nous ne savons pas quand ils arriveront.

Les discussions traînent en longueur, alors que d'autres sujets importants nous attendent. En outre, rien ne nous oblige à prolonger nos discussions jusqu'à cinq heures du matin, dans la nuit de mardi à mercredi, pour finir l'examen de ce texte...

Mme la présidente. La parole est à M. Simon Uzenat, pour explication de vote.

M. Simon Uzenat. Madame la ministre, je vous ai écoutée avec beaucoup d'attention et j'ai eu de la peine à suivre votre raisonnement. Pour être très clair, vous donnez l'impression de ne pas y croire vous-même...

Mme Céline Brulin. C'est vrai que vous avez du mérite, madame la ministre...

M. Simon Uzenat. Vous avez répété : « Je vais essayer de vous convaincre » : peut-être essayez-vous de vous convaincre vous-même. En tout cas, ce n'est pas très probant.

Vous savez comme moi la réalité à laquelle sont confrontés de nombreux élus locaux. Nos concitoyens viennent les voir pour leur dire : « Je n'ai pas de médecin, je n'arrive pas à

obtenir de rendez-vous. » À cet égard, les maires, sont en première ligne. On ne peut pas leur reprocher de vouloir trouver des solutions au milieu de ce Far West.

Certains médecins – pas tous, évidemment – se comportent en autoentrepreneurs ou en chasseurs de primes. (*Mme Cathy Apourceau-Poly acquiesce.*) Les élus comme les citoyens subissent cette situation. Ils en sont même parfois réduits à faire appel à des détectives privés ou à déployer des bâches le long des routes pour tenter de trouver des médecins. Dans quel pays vit-on ?

Ces professionnels sont rémunérés par une forme d'argent public. Dès lors, l'État doit assumer ses responsabilités à leur égard. Nous le redisons ici avec force.

Dans la suite de cette discussion, nous plaiderons de nouveau en faveur de la régulation : avec de nombreux collègues sénateurs, nous sommes convaincus que c'est le sens de l'histoire. Vous nous dites : « Déversons de l'argent encore et toujours », alors que, comme l'a dit Émilienne Poumirol, les aides et les incitations, quelle que soit leur forme, n'ont pas produit les effets attendus. Arrêtons !

Le Gouvernement ne cesse d'invoquer la bonne gestion des derniers publics : en ce sens, commençons par imposer des règles claires.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Baptiste Lemoyne, pour explication de vote.

M. Jean-Baptiste Lemoyne. Pour revenir à l'objet de notre discussion, l'amendement n° 659 vise à supprimer un certain nombre d'alinéas de l'article 21 bis. Or l'article 21 bis ne mérite ni cet excès d'honneur ni cette indignité. Il se contente de rebaptiser les fameuses CPST du nom de France Santé.

Dans un autre domaine, chacun a pu constater le changement d'échelle opéré quand les maisons de service public et les relais de service public sont devenus les maisons France Services. Il y a quinze ans, presque personne ne connaissait l'existence des RSP et des MSP : ainsi, personne n'y allait. Or les maisons France Services ont fait leurs preuves : le rapport d'information de notre collègue Nadège Havet l'a confirmé.

La visibilisation est essentielle pour que nos concitoyens puissent se rendre au bon endroit quand ils ont besoin d'un service.

Pour le dire franchement, les CPTS qui deviennent France Santé, ce n'est pas la mort du petit cheval. Rien n'empêche d'ailleurs, pour garder la notion de communauté professionnelle territoriale de santé, d'opter pour l'intitulé « France Santé/CPTS ». Quoi qu'il en soit, le marketing reste important.

L'article 21 bis précise que les maisons de santé et les centres de santé seront membres de cette communauté, nouvellement nommée. Or les CPTS visent déjà à structurer et à coordonner l'offre territoriale : tant mieux si les différents acteurs de santé se retrouvent dans la communauté France Santé ! Ce sera de bonne politique.

J'invite les uns et les autres à sortir des postures. À l'origine, ce concept a pu susciter des interrogations,...

Mme Silvana Silvani. Quel concept ?

M. Jean-Baptiste Lemoyne. ... mais, à y regarder de plus près, l'article dont il s'agit mérite d'être adopté.

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Madame la ministre, vous avez commencé par dire que France Santé n'était pas un énième dispositif, mais un outil supplémentaire d'aména-

gement du territoire. Vous vous doutez bien que, dans cette enceinte, si nous en étions convaincus, nous voterions la mesure des deux mains.

Nous avons déjà exprimé toutes les interrogations que suscite cet article.

L'accès aux soins constitue une préoccupation majeure pour nos concitoyens ; c'est même l'un des deux ou trois sujets qui les soucient le plus. À titre personnel, je n'ai pas envie de leur raconter une belle histoire (*M. Martin Lévrier manifeste son désaccord.*) en leur disant que les problèmes seront réglés par la création d'un label « maison France Santé ».

Quand les maisons France Services ont été créées, les services publics considérés n'existaient plus et l'État n'avait pas l'intention de les recréer. Ces structures offrent un premier accueil et proposent une première orientation. Mais, pour l'accès à la santé, c'est tout l'inverse.

Nous voulons créer davantage de maisons de santé dans les territoires. Nous avons la volonté de développer l'accès aux soins et de bien accueillir les docteurs juniors.

Nous tomberons tous d'accord sur au moins un point : très souvent, nos concitoyens ne savent pas ce que sont les communautés professionnelles territoriales de santé.

M. Jean-Baptiste Lemoyne. C'est clair.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Certes, ces structures ne sont pas visibles. Mais produisent-elles du soin ?

Mme Annie Le Houerou. Non !

Mme Véronique Guillotin. Pas du tout !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Pourquoi accorder le label « CPTS France Santé » plutôt que le label « France Santé » à la maison de santé qui est membre de la CPTS ? Que faut-il privilégier : la visibilité de la CPTS ou celle de la maison de santé pluriprofessionnelle ?

Mme Silvana Silvani. Exactement !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. C'est cela, le sujet.

Les élus locaux déploient assez d'énergie et d'investissement dans les centres de santé et les maisons de santé pluriprofessionnelles. Croyez bien que, quand ces structures existent, elles sont visibles – Émilienne Poumirol l'a souligné avec raison. Pour les pharmacies, il y a la croix verte qui clignote. Quant à l'hôpital, tout le monde sait où il se trouve.

Mme Stéphanie Rist, ministre. Le label rend encore plus visible.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cela veut dire que nous avons beaucoup d'argent à distribuer... Autant donner 50 000 euros à tout le monde, dans ce cas.

Mon inquiétude, c'est que, par ricochet, les structures ne bénéficiant pas de ce label soient rendues invisibles.

Enfin, ce n'est pas moi qui vous dirai qu'il ne faut pas associer les départements : un article de la proposition de loi visant à améliorer l'accès aux soins, déposée par Philippe Mouiller, précise justement que l'évaluation des besoins est menée à l'échelle départementale, en associant les agences régionales de santé, ou du moins leur délégation départementale, l'ordre départemental des médecins, la caisse primaire d'assurance maladie – bref, l'ensemble des acteurs compétents. Mais votre texte ne mentionne nulle part l'implication des élus, madame la ministre. Je me permets de le dire.

Bref, la situation est beaucoup plus complexe qu'il n'y paraît et vous demandez beaucoup d'argent pour un dispositif que vous entendez créer à marche forcée. M. Jomier évoquait les consignes relayées par les directeurs généraux d'ARS. De même, les préfets ont reçu l'ordre de repérer les structures qui pourraient d'ores et déjà bénéficier du label. C'est une réalité. (*Mme Émilienne Poumirol et M. Bernard Jomier le confirment.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Stéphanie Rist, ministre. Je serai brève, car j'ai bien compris le message de Mme Rossignol...

Mme Laurence Rossignol. Je ne parlais pas pour vous, madame la ministre !

Mme Stéphanie Rist, ministre. Pourquoi le dispositif France Santé renforcera-t-il l'accès aux soins ? Parce qu'il augmentera le temps médical.

Grâce aux 50 000 euros d'aide, les patients des maisons de santé et des centres de santé bénéficieront d'une infirmière de coordination, d'une infirmière généraliste ou d'une infirmière en pratique avancée supplémentaires, ainsi, peut-être, que d'une secrétaire médicale.

Ces structures pourront accueillir davantage d'internes : c'était précisément ce qui a été demandé à M. le Premier ministre lors de son premier déplacement dans une maison de santé. Un interne de plus, c'est du temps médical supplémentaire.

Ce dispositif créera bien de l'offre de soins. Je ne dis pas qu'il réglera tous les problèmes en un clin d'œil : je ne l'ai jamais dit. (*Mme Céline Brulin proteste.*)

Actuellement, lorsqu'un malade n'a pas accès aux soins, les professionnels de la CPTS organisent des soins non programmés – j'en ai l'exemple dans mon territoire –, c'est-à-dire qu'ils lui donnent un rendez-vous dans les 48 heures même s'il n'a pas de médecin traitant. Toutefois, le malade n'étant pas informé de cette possibilité, il va directement aux urgences. France Santé évitera ces difficultés en donnant une meilleure visibilité à l'action des CPTS.

Je ne peux pas laisser dire qu'il s'agit d'un simple effet d'annonce ; que le renforcement de la visibilité n'est qu'un gadget. Ce n'est pas vrai. Lorsque les malades sauront où aller, ils se présenteront moins souvent aux urgences et renonceront moins souvent aux soins.

Quand j'ai présenté France Santé au salon des maires, de nombreux élus ont fait part de leur intérêt. Je le dis avec beaucoup d'humilité, car je connais les difficultés d'accès aux soins que subissent nos concitoyens. Je sais que, derrière ces problèmes, il y a des patients qui meurent alors que l'on aurait pu les soigner ; des personnes atteintes de maladie chronique qui restent sans suivi.

Bien sûr, France Santé ne résoudra pas l'ensemble des problèmes, mais cet outil supplémentaire aura l'avantage de n'entrainer aucune contrainte et d'être à la main des départements. S'il faut l'écrire dans le texte, pourquoi pas : nous pouvons déposer un amendement. Mais il serait vraiment dommage de repousser cet article d'un revers de main.

Si les ARS cherchent déjà à savoir quelles structures pourraient être financées en 2026, c'est simplement pour les aider, pour les consolider. Sur le terrain, les professionnels me disent souvent : « Je veux être labellisé, ma maison de santé le souhaite. Nous pourrons enfin avoir une infirmière de plus. »

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n° 659 et 797 rectifié *quater*.

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

Je rappelle que l'avis de la commission est favorable et que celui du Gouvernement est défavorable.

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

Le scrutin est ouvert.

(*Le scrutin a lieu.*)

Mme la présidente. Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

Voici, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la présidence, le résultat du scrutin n° 54 :

Nombre de votants	340
Nombre de suffrages exprimés	337
Pour l'adoption	302
Contre	35

Le Sénat a adopté.

En conséquence, les amendements n° 1564 rectifié, 1505 rectifié *ter*, 1064 et 1263 rectifié, les amendements identiques n° 476 rectifié, 1195 et 1565 rectifié *bis*, les amendements n° 1399, 1400 et 453 rectifié, les amendements identiques n° 400 rectifié *bis* et 473 rectifié *bis*, ainsi que les amendements n° 470 rectifié, 1504 rectifié *ter*, 1196 et 291 rectifié *bis*, n'ont plus d'objet.

Je mets aux voix l'article 21 *bis*, modifié.

(*L'article 21 bis est adopté.*)

Après l'article 21 *bis*

Mme la présidente. L'amendement n° 1606, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, M. Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

Après l'article 21 *bis*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« ... Les conditions dans lesquelles un médecin qui ne serait plus partie à la convention peut adhérer à nouveau à cette convention, ce qui ne peut faire l'objet d'un délai de carence. »

La parole est à Mme Anne Souyris.

Mme Anne Souyris. Par cet amendement, nous anticipons la discussion que nous consacrerons aux articles 26 et 26 *bis*.

Nous proposons de supprimer le délai de carence entre la sortie d'un médecin de la convention médicale et une nouvelle adhésion à cette même convention. Il s'agit là d'une préoccupation que nos collègues députés, notamment le rapporteur général de la commission des affaires sociales, ont collectivement exprimée lors de l'examen du présent texte.

La convention médicale fixe un délai de carence de deux ans entre la sortie d'un médecin de la convention, en cas de résiliation ou au terme du contrat d'aide conventionnelle, et la signature d'un nouveau contrat.

Plutôt que de sanctionner les dépassements d'honoraires par la surcotisation, aux termes de l'article 26, ou par le déremboursement, aux termes de l'article 26 bis, le rapporteur général de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale propose d'inciter le médecin à revenir dans la convention en supprimant ce délai de carence.

Au sujet des articles 26 et 26 bis, je ne suis pas de son avis. En revanche, il me semble intéressant de se pencher sur le délai de carence. Je propose donc de préciser dans le code de la sécurité sociale que la convention fixe « les conditions dans lesquelles un médecin qui ne serait plus partie à la convention peut adhérer à nouveau à cette convention, ce qui ne peut faire l'objet d'un délai de carence ».

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Mes chers collègues, vous connaissez mon attachement au dialogue conventionnel.

Par principe, il n'appartient pas à la loi de revenir sur une disposition qui a fait l'objet d'un accord entre partenaires conventionnels.

Désormais, un médecin libéral conventionné qui renonce au conventionnement pourra adhérer de nouveau à la convention passé un délai de deux ans à compter de la date de résiliation. Je sais que cette disposition est loin de satisfaire tout le monde. Dans l'absolu, mieux vaut donner envie aux médecins de rejoindre la convention que les dissuader d'en sortir.

Toutefois, la suppression de ce délai pourrait provoquer un appel d'air. Elle risque de susciter des entrées et sorties successives du conventionnement, le but étant, par exemple, d'augmenter librement ses honoraires pendant un temps.

La commission a donc émis un avis défavorable sur cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Madame la sénatrice, il me semble bel et bien essentiel de recréer de la confiance pour que les négociations conventionnelles se passent mieux.

La confiance s'exerce dans les deux sens et j'ai bien compris qu'elle était abîmée – mes récents entretiens m'en ont donné confirmation. Nous allons nous efforcer de la restaurer.

Toutefois, si l'on adoptait ces dispositions, un médecin pourrait à l'avenir se déconventionner assez facilement, ce qui ne me paraît pas souhaitable.

J'accorde une grande importance à la convention des professionnels avec la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam). J'émetts, en conséquence, un avis défavorable sur votre amendement.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1606.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 1555 rectifié, présenté par M. Mérillou, Mme Le Houerou, MM. Ziane et Stanzione, Mmes Monier et Bélim, MM. M. Weber, Temal, Roiron et Pla, Mmes Harribey et S. Robert, MM. Uzenat, Omar Oili et Michau et Mme Conway-Mouret, est ainsi libellé :

Après l'article 21 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 4131-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 4131-6... ainsi rédigé :

« *Art. L. 4131-6... – Dans les zones mentionnées au 2^e de l'article L. 1434-4, le conventionnement à l'assurance maladie est réservé aux seuls médecins respectant les tarifs mentionnés à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.*

« Dans ces zones, le conventionnement avec les médecins mentionnés au deuxième alinéa du présent article ne peut intervenir que dans l'un des cas suivants :

« *a) Lorsque la proportion de médecins y exerçant et adhérant à la convention mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale sans dépassement d'honoraires est inférieure à un seuil fixé par arrêté pris par le ministre en charge de la santé ;*

« *b) Lorsqu'un médecin y exerçant est en situation de cessation d'activité.*

« *Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent article.* »

La parole est à M. Simon Uzenat.

M. Simon Uzenat. Cet amendement de Serge Mérillou vise à garantir un accès équitable aux soins dans l'ensemble du territoire.

Face à une fracture médicale croissante – nous avons déjà eu l'occasion d'en discuter –, la concentration de médecins dans certaines zones et le recours massif aux dépassements d'honoraires créent des situations où de nombreux Français, en particulier les plus modestes, se trouvent exclus des soins de proximité. C'est l'une des raisons du non-recours.

Dans certaines villes et zones périurbaines, malheureusement de plus en plus nombreuses, il n'est pas rare que les patients soient placés devant cette alternative : attendre plusieurs mois pour obtenir un rendez-vous avec un médecin conventionné de secteur 1 ou payer un dépassement d'honoraires souvent prohibitif.

Les zones rurales sont dans une situation encore plus préoccupante. Elles souffrent d'un déficit chronique de praticiens, ce qui oblige de nombreux patients à se déplacer sur de longues distances ou à différer leurs soins.

Nous souhaitons que, dans ces zones ciblées, le conventionnement soit réservé aux médecins respectant les tarifs du secteur 1. Cette mesure s'appliquerait aux nouveaux praticiens qui s'installent, conformément au principe de non-rétroactivité.

Notre objectif est clair : protéger les patients les plus modestes et rééquilibrer le système de santé en incitant les nouvelles générations de médecins à exercer dans des territoires prioritaires.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Mon cher collègue, vous proposez de contraindre l'installation et le conventionnement des médecins pour lutter contre les déserts médicaux. Nous avons eu ce débat précédemment. Vous comprendrez donc que la commission émette un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1555 rectifié.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 876, présenté par M. Khalifé, est ainsi libellé :

Après l'article 21 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. – La sous-section 5 de la section 2 du chapitre 2 du titre VI du livre I du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 162-12... ainsi rédigé :

« Art. L. 162-12- – Par dérogation à l'article L. 162-12-2, les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les infirmiers en pratique avancée sont définis, dans le respect des règles déontologiques fixées par le code de la santé publique, par une convention nationale distincte.

« Cette convention est conclue, pour une durée n'excédant pas cinq ans, entre une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives des infirmiers en pratique avancée, incluant uniquement des infirmiers en pratique avancée et leurs étudiants, et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

« Elle respecte le cadre fixé à l'article L. 162-12-2 et prend en compte, dans la fixation des prises en charge, le niveau d'autonomie et d'expertise propre aux infirmiers en pratique avancée. »

II. – La perte de recettes résultant pour l'État du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^e du livre III du code des impositions sur les biens et services.

III. – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^e du livre III du code des impositions sur les biens et services.

La parole est à M. Khalifé Khalifé.

M. Khalifé Khalifé. Les infirmiers en pratique avancée ont un rôle de plus en plus important, aussi bien à l'hôpital qu'en exercice libéral. Or les IPA libéraux sont soumis à la convention des infirmiers généralistes, convention fondée sur un modèle de rémunération à l'acte, qui ne correspond ni à leur cadre d'exercice ni au degré d'autonomie et d'expertise défini par le livre III du code de la santé publique.

Cet amendement vise donc à créer une convention nationale propre aux IPA afin d'assurer une représentation légitime de cette profession, d'adapter la prise en charge au contenu réel des missions d'évaluation, de suivi et de coordination, et d'assurer le développement ordonné de cette nouvelle profession socle.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Mon cher collègue, vous plaidez pour la signature d'une convention nationale spécifique aux infirmiers en pratique avancée. Or les IPA ne constituent pas une profession de santé à part. Nous parlons bien d'une modalité d'exercice du métier d'infirmier.

Par ailleurs, la convention nationale des infirmiers peut déjà prendre en compte les spécificités de l'exercice en pratique avancée libérale. Ainsi, les avenants 7 et 9 détaillent deux types de prise en charge dans le cadre des parcours de patients suivis – à l'acte pour les infirmiers et au forfait pour les IPA. En parallèle, l'avenant 9 adapte et revalorise les modalités de rémunération des IPA ainsi que les aides prévues pour le démarrage de leur activité libérale en ville.

Je vous demande donc de bien vouloir retirer votre amendement. À défaut, l'avis sera défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Monsieur le sénateur, vous savez combien je suis attentive à la situation des infirmiers en pratique avancée. Je comprends la crainte que ressentent certains d'entre eux, qui les conduit à demander une négociation pour mieux défendre leur spécificité.

Nous pouvons toutefois les rassurer : leurs particularités seront prises en compte dans les négociations des infirmiers généralistes.

Ainsi, l'accès direct aux IPA est prévu par la loi du 19 mai 2023 portant amélioration de l'accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé, adoptée sur mon initiative. Nous sommes déterminés à ce que sa mise en œuvre avance, car cette mesure contribue à développer une prise en charge de qualité et à améliorer l'accès aux soins.

Par ailleurs, certains sujets examinés dans le cadre des négociations des infirmiers généralistes concernent les IPA, qui, comme l'a dit Mme la rapporteure, sont aussi des infirmiers.

Je demande donc moi aussi le retrait de cet amendement. Sinon, l'avis sera défavorable.

Mme la présidente. Monsieur Khalifé, l'amendement n° 876 est-il maintenu ?

M. Khalifé Khalifé. Je remercie Mme la rapporteure et Mme la ministre de leurs explications et je retire volontiers mon amendement, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 876 est retiré.

L'amendement n° 1197, présenté par Mmes Gréaume, Apourceau-Poly, Brulin, Silvani et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky, est ainsi libellé :

Après l'article 21 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie engage, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, des négociations conventionnelles en vue de conclure accord conventionnel avec les organisations syndicales représentatives des professionnels de santé exerçant à titre libéral et réalisant des soins à domicile, des négociations conventionnelles portant sur l'examen de l'adéquation des indemnités forfaitaires applicables aux soins à domicile avec le coût réel des déplacements professionnels.

Ces négociations ont pour objet d'examiner l'opportunité d'une revalorisation de ces indemnités tenant compte de l'évolution du coût des carburants, de l'entretien des véhicules et de la hausse des charges liées à l'exercice en zones sous-dotées.

La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Détendu !

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Ma chère collègue, vous appelez de vos vœux des négociations conventionnelles portant sur l'adéquation des indemnités forfaitaires applicables aux soins à domicile avec le coût réel des déplacements professionnels. Or la loi n'a pas à fixer de manière si précise les sujets sur lesquels les partenaires conventionnels doivent négocier.

Par ailleurs, je ne sais pas très bien quelles professions seraient comprises dans la négociation de ce nouvel accord.

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

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Défavorable, madame la présidente.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1197.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 1194, présenté par Mmes Corbière Naminzo, Apourceau-Poly, Brulin, Silvani et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky, est ainsi libellé :

Après l'article 21 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation sur la faisabilité et l'opportunité d'étendre le forfait additionnel spécifique aux départements et régions d'outre-mer.

La parole est à Mme Silvana Silvani.

Mme Silvana Silvani. Cet amendement de notre collègue Evelyne Corbière Naminzo a été déposé à la suite d'une interpellation de l'intersyndicale des taxis 974.

La convention nationale du 8 août 2025 encadrant le transport sanitaire par taxi crée une inégalité de traitement manifeste entre la métropole et les territoires ultramarins – une de plus, oserai-je dire... .

Cette convention instaure un forfait additionnel de 15 euros pour certaines grandes agglomérations de l'Hexagone – je pense à Paris, Lyon, Marseille et Toulouse, ainsi qu'au « neuf trois », au « neuf deux » et au « neuf quatre », entre autres – en raison de la densité de population, des encombrements urbains et de temps d'attente hospitaliers prolongés.

En revanche, les départements et régions d'outre-mer ne bénéficient que d'un supplément forfaitaire de 3 euros, sans justification économique ni sanitaire.

Par cet amendement, nous demandons un rapport d'évaluation portant sur la faisabilité de l'extension du forfait additionnel de 15 euros au territoire de La Réunion.

Une telle extension est justifiée par les temps de trajet constatés dans l'île, l'offre hospitalière concentrée sur quelques communes du littoral, la saturation des axes routiers, le coût de la vie, qui y est 30 % à 40 % plus élevé qu'en métropole, et la prévalence des pathologies chroniques – 83 000 Réunionnais sont ainsi suivis pour un diabète et pour les complications cardiovasculaires de cette maladie.

Certes, comme il s'agit d'une demande de rapport, je me doute que l'avis sera défavorable. Néanmoins, j'insiste sur l'importance de ce sujet. Si nous avions réclamé l'application du forfait à La Réunion, il y aurait eu vote et, selon toute vraisemblance, rejet. Quoi qu'il en soit, il ne nous paraît pas raisonnable d'envisager une telle mesure sans étude d'impact.

Mme la présidente. Il faut conclure, ma chère collègue.

Mme Silvana Silvani. Nous avons donc besoin d'engagements clairs en faveur d'une évaluation de la faisabilité de cette extension à La Réunion.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Vous avez bien deviné, ma chère collègue, l'avis de la commission est défavorable.

Pour autant, je ne remets pas en cause la pertinence de la question que vous soulevez ; le problème est réel.

Il faut travailler avec les partenaires conventionnels et le Gouvernement sur la situation des taxis et transports sanitaires. Le débat sur la hausse du tarif spécifique pour les outre-mer peut être ouvert.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Madame la sénatrice, la convention-cadre prévoit la mise en place d'un comité de suivi sur les forfaits taxis, dont la prochaine réunion annuelle aura lieu au mois de mars 2026. Un dispositif d'observation territoriale sera assuré dans ce cadre. Voilà qui répond, me semble-t-il, à votre demande de rapport.

J'ai bien compris que votre interrogation était plus large et portait en réalité sur la situation des outre-mer en matière de transports. Nous sommes en train d'examiner le sujet.

Mme la présidente. La parole est à Mme Viviane Malet, pour explication de vote.

Mme Viviane Malet. J'avais également déposé un amendement ayant pour objet le transport sanitaire dans les outre-mer. Mais, comme il tendait à cibler plus directement la tarification, il a été déclaré irrecevable.

Madame la ministre, nos territoires font face aux mêmes contraintes que certaines grandes villes. L'indemnité de 2,15 euros passe à 3 euros dans les départements d'outre-mer, et nous sommes confrontés aux mêmes difficultés : importance des délais d'attente aux urgences, saturation du trafic routier, etc. S'y ajoutent des surcoûts de nature économique liés à la vie chère ; je pense aux véhicules, dont le coût est renchéri de 38 %, aux assurances, aux réparations, etc.

Les auteurs de cet amendement soulignent les difficultés du transport sanitaire dans les départements d'outre-mer. J'espère que leur message sera entendu.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1194.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 1558 rectifié *bis*, présenté par MM. Mérillou, Ziane et Stanzione, Mmes Monier, Poumirol, Bélém et Conconne, MM. Cardon, Temal, Ros, Uzenat et Pla, Mme Harribey, MM. Omar Oili et Michau et Mme Conway-Mouret, est ainsi libellé :

Après l'article 21 bis

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L.6312-5 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les entreprises de transport sanitaire intervenant principalement dans les zones France ruralités revitalisation mentionnées à l'article 44 *quindécies A* du code général des impôts, les conditions mentionnées au présent article peuvent être adaptées par le directeur général de l'agence régionale de santé, afin de tenir compte des caractéristiques territoriales et des besoins de soins de la population. »

La parole est à M. Simon Uzenat.

M. Simon Uzenat. Cet amendement vise à adapter le cadre applicable au transport sanitaire pour mieux répondre aux réalités des zones labellisées France Ruralités Revitalisation.

Chacun le reconnaîtra, l'accès aux soins est encore plus difficile dans ce type de territoires, qui cumulent les difficultés – moins de médecins, voire aucun médecin, problèmes de mobilité ou encore de précarité.

Les entreprises locales de transport sanitaire constituent donc, dans ces territoires, un maillon important pour accompagner les personnes âgées, précaires ou à mobilité réduite qui connaissent des situations de santé difficiles. Aujourd'hui, elles sont soumises aux mêmes obligations que les entreprises situées en zone urbaine. Dans ces conditions, ne pas adapter le cadre réglementaire à la ruralité reviendrait à affaiblir un maillage sanitaire déjà sous tension.

Par cet amendement, nous proposons une mesure simple, ciblée et pragmatique : permettre au directeur général de l'agence régionale de santé d'adapter certaines obligations pour les entreprises intervenant principalement en zone FRR, afin de tenir compte de leurs contraintes géographiques de distance et des besoins spécifiques des populations rurales.

Cette mesure s'inscrit pleinement dans une logique de différenciation, étant entendu que les transports resteront évidemment financés selon les règles habituelles du véhicule sanitaire léger. L'objectif est de préserver l'offre et d'assurer aux habitants un véritable accès aux soins.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Mon cher collègue, vous soulevez là une vraie question. Nous savons tous que les difficultés d'accès aux soins sont exacerbées dans certains territoires par des problèmes d'accès aux transports sanitaires.

Toutefois, il me semble nécessaire de retravailler ces dispositions : l'enjeu relève davantage de l'accès aux soins que du financement. Il faut mieux cibler les zones – les zones FRR, qui ont remplacé les zones de revitalisation rurale (ZRR), ne correspondent pas forcément à des territoires sous-dotés –, ainsi que les publics concernés.

Par ailleurs, les modalités de dérogation de droits applicables pourraient être précisées. Il importe notamment de maintenir une participation à l'aide médicale urgente et aux services de garde départementaux, afin d'assurer une prise en charge rapide, notamment dans les zones éloignées des centres hospitaliers.

Pour ces raisons, la commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. À mon sens, cet amendement est satisfait. Une régulation est déjà prévue dans les zones concernées, par un système d'autorisations et une organisation spécifique des gardes.

Le Gouvernement demande donc le retrait de cet amendement. À défaut, l'avis serait défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Simon Uzenat, pour explication de vote.

M. Simon Uzenat. Madame la ministre, vous aurez, je pense, beaucoup de mal à convaincre les habitants et les élus des territoires concernés que leur demande est satisfaite. Cela ne correspond pas du tout à ce qu'ils vivent sur le terrain.

Par exemple, les seuls rendez-vous médicaux que les habitants de Roi Morvan Communauté peuvent prendre – quand ils en trouvent ! – sont dans des centres hospitaliers très éloignés. Or le maillage de transports en commun y est bien plus faible que dans d'autres territoires.

Madame la rapporteure, nous avons bien pris soin de rectifier cet amendement pour prendre en compte le cas spécifique des transports sanitaires intervenant dans les zones FRR. On ne peut pas se contenter de répondre, comme vient implicitement de le faire Mme la ministre : « La demande est satisfaite ; circulez, il n'y a rien à voir. » Il existe peut-être des zones FRR dans lesquelles tout va bien, mais, très honnêtement, tous les cas qui nous ont été signalés montrent que nombre de territoires, de la Bretagne à la Dordogne, sont confrontés à de fortes difficultés.

J'espère que vous en prendrez conscience, madame la ministre, et que vous pourrez apporter des solutions concrètes, si d'aventure cet amendement n'est pas voté.

Mme la présidente. La parole est à Mme Frédérique Espagnac, pour explication de vote.

Mme Frédérique Espagnac. Je soutiens l'amendement et la démarche de notre collègue Simon Uzenat.

Dans notre rapport sur les ZRR, Bernard Delcros et moi-même avions déjà abordé le sujet. Nous proposons une expérimentation, notamment pour les ZRR+, c'est-à-dire là où la question est susceptible d'être la plus prégnante.

S'il existe évidemment des territoires où les difficultés sont moindres, les ZRR, qui concernent beaucoup de communes en milieu rural, peuvent être particulièrement touchées par le phénomène qui vient d'être évoqué. Le problème – c'est un fait – est loin d'être réglé.

M. Uzenat a donc raison de maintenir son amendement. Une expérimentation s'impose : le problème est latent dans beaucoup de nos territoires.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1558 rectifié bis.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Article 21 ter (nouveau)

① Après l'article L. 1411-6-4 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1411-6-5 ainsi rédigé :

② « Art. L. 1411-6-5. – Toutes les femmes âgées de quarante-cinq ans à soixante-cinq ans bénéficient d'une consultation longue prise en charge par l'assurance maladie et destinée à les informer et à repérer les éventuels facteurs de risques au moment de la ménopause.

③ « Les conditions de prise en charge de cette consultation sont prévues par les conventions mentionnées aux articles L. 162-5 et L. 162-9 du code de la sécurité sociale. Cette consultation est réalisée à tarif opposable. – (Adopté.)

Mme la présidente. Mes chers collègues, nous allons maintenant interrompre nos travaux ; nous les reprendrons à vingt et une heures quarante.

La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à vingt heures dix, est reprise à vingt et une heures quarante, sous la présidence de Mme Sylvie Robert.*)

PRÉSIDENCE DE MME SYLVIE ROBERT
vice-présidente

Mme la présidente. La séance est reprise.

4

MISE AU POINT AU SUJET DE VOTES

Mme la présidente. La parole est à M. Martin Lévrier, pour une mise au point au sujet de votes.

M. Martin Lévrier. Lors du scrutin public n° 52 sur les amendements identiques n°s 656 rectifié et 757 rectifié bis, les élus du groupe RDPI souhaitaient voter pour.

Mme la présidente. Acte est donné de cette mise au point, mon cher collègue. Elle figurera dans l'analyse politique du scrutin concerné.

5

**FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
POUR 2026**

Suite de la discussion d'un projet de loi

Mme la présidente. Nous reprenons la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

Dans la discussion des articles, nous en sommes parvenus à l'article 21 quater.

Article 21 quater (nouveau)

- ① I. – L'article L. 1435-4-2 du code de la santé publique est abrogé.
- ② II. – La perte de recettes pour l'État résultant du I est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle à l'accise sur les tabacs prévue au chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code des impositions sur les biens et services.

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 660 est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 1229 rectifié bis est présenté par Mmes Apourceau-Poly, Brulin, Silvani et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 2

Remplacer cet alinéa par deux alinéas ainsi rédigés :

II. – L'article L. 162-5-19 du code de la sécurité sociale est abrogé.

– Le I du présent article entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard au 1^{er} janvier 2027. Le II entre en vigueur le 1^{er} janvier 2026.

La parole est à Mme la rapporteure, pour présenter l'amendement n° 660.

Mme Corinne Imbert, rapporteure de la commission des affaires sociales pour l'assurance maladie. Dans un rapport qui nous a été présenté en commission la semaine dernière, la Cour des comptes appelle à clarifier le paysage, aujourd'hui trop touffu pour être lisible, donc efficace, des aides à l'installation des médecins. Une rationalisation du dispositif d'ensemble et du rôle des différents acteurs s'impose.

À cet égard, il est souhaitable que les agences régionales de santé se désengagent du soutien à l'installation au profit de l'assurance maladie. Cette dernière, qui gère les volumes les plus importants, pourrait alors faire office de guichet unique pour les aides nationales.

Par cet amendement, nous reprenons une préconisation du rapport de la Cour des comptes consistant à supprimer deux dispositifs d'aide à l'installation non gérés par la Caisse nationale de l'assurance maladie. La suppression du contrat de début d'exercice (CDE) serait effective au 1^{er} janvier 2027. On laisserait ainsi un an aux partenaires conventionnels pour déterminer, au besoin, une autre aide pour les médecins remplaçants exerçant en zone sous-dense.

Nous souhaitons également abroger une aide à l'installation correspondant à la prise en charge de cotisations sociales, créée par le même article que les CDE. Aujourd'hui en extinction, ce dispositif n'a jamais fait la preuve de son efficacité ni trouvé son public, avec 349 bénéficiaires seulement.

Mme la présidente. La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly, pour présenter l'amendement n° 1229 rectifié bis.

Mme Cathy Apourceau-Poly. La semaine dernière, nous avons reçu en commission des affaires sociales M. Bernard Lejeune, président de la sixième chambre de la Cour des comptes, qui nous est venu nous présenter le rapport sur les aides à l'installation des médecins. Je ne ferai pas aux collègues ayant assisté à cette audition l'affront de rappeler ses propos.

Parmi les aides multiples qui existent, certaines sont loin d'avoir une efficacité avérée pour l'installation des médecins dans les territoires où leur présence est nécessaire.

La Cour des comptes est restée mesurée au sujet des contrats d'aide à l'installation des médecins, attendu que la Cnam a d'ores et déjà prévu de ramener les montants concernés de 50 000 à 10 000 euros. En revanche, elle a mis en lumière les effets d'aubaine et l'inefficacité flagrants des exonérations de cotisations et taxes dans les zones franches. Le dispositif que Mme la rapporteure et nous-mêmes proposons est la simple reprise de la deuxième recommandation de son rapport.

Tous les acteurs de la démographie médicale s'accordent sur ce point : ce qui détermine en premier lieu le choix d'installation d'un médecin, c'est non pas l'argent, mais bien le cadre de vie, la proximité d'un hôpital, la présence de collègues et de praticiens de santé en général.

À l'heure où chaque denier est compté, ne laissons pas nos compatriotes penser que les médecins courraient après l'argent en donnant à ces derniers des avantages qu'ils ne réclament même pas. Notre responsabilité est de veiller, par la loi, à l'efficacité de la dépense publique.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées. Applicable aux seuls médecins installés jusqu'au 31 décembre 2022, pour une durée de trois ans, le dispositif d'aide au paiement des cotisations sociales n'a pas été prolongé. Sur ce point, ces deux amendements identiques sont donc satisfaits.

Quant au contrat de début d'exercice, il a déjà été supprimé en partie. Les aides relèvent désormais du champ conventionnel avec l'assurance maladie. Or, comme vous le savez, les remplaçants ne sont pas conventionnés ; le CDE est donc la seule aide incitative à l'installation en zone sous-dense qui reste aux médecins.

En conséquence, le Gouvernement émet un avis de sagesse sur ces deux amendements identiques.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n° 660 et 1229 rectifié bis.

(Les amendements sont adoptés.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 21 *quater*, modifié.

(L'article 21 *quater* est adopté.)

Après l'article 21 *quater*

Mme la présidente. L'amendement n° 725 rectifié *sexies*, présenté par MM. Théophile, Iacovelli, Lévrier, Patient et Buval, Mme Phinera-Horth, MM. Buis et Rambaud et Mme Nadille, est ainsi libellé :

Après l'article 21 *quater*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1434-4... ainsi rédigé :

« Art. L. 1434-4... –I. – Dans les zones caractérisées par une offre de soins excédentaire au sens de l'article L. 1434-4, le conventionnement d'un professionnel de santé libéral avec l'assurance maladie pour une nouvelle installation est subordonné à la conclusion d'un engagement territorial de santé.

« II. – Cet engagement prévoit, pour une durée minimale de cinq ans, l'exercice d'une activité correspondant à au moins 20 % de l'activité annuelle du professionnel :

« 1° Dans une zone définie comme sous-dotée par l'agence régionale de santé, y compris dans les territoires ultramarins ;

« 2° Ou au sein d'une structure de santé (centre de santé, maison de santé pluriprofessionnelle ou équipe de soins primaires) implantée en zone sous-dotée.

« III. – Les modalités de calcul de ce pourcentage, les conditions dans lesquelles l'engagement peut être modulé en fonction de la spécialité et de la situation familiale du professionnel, ainsi que les cas de dérogation motivée, sont fixés par décret. »

La parole est à M. Dominique Théophile.

M. Dominique Théophile. Cet amendement vise à répondre directement à un constat très clair de la Cour des comptes : nos politiques de lutte contre les déserts médicaux restent fragmentaires, peu ciblées et incapables de corriger les déséquilibres territoriaux, notamment dans les zones rurales et ultramarines.

Je propose de conditionner, tout en préservant la liberté d'installation, le conventionnement en zone surdotée à l'obligation de consacrer 20 % de son activité pendant cinq ans à une zone sous-dotée.

Cette disposition n'a rien de coercitif ou d'excessif. C'est une simple mesure de bon sens en vue d'un minimum d'organisation territoriale.

Les dispositifs purement incitatifs ont montré leurs limites. Certaines zones dénombrent deux à trois fois moins de médecins que d'autres – c'est notamment le cas chez nous, en outre-mer. En résulte une rupture d'égalité que plus personne, dans l'hémicycle comme dans nos territoires, ne peut nier.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Mon cher collègue, l'idée de conditionner l'installation en zone surdense à l'exercice d'au moins 20 % de son activité en zone sous-dense est pertinente, mais le champ retenu est trop étendu, puisque tous les professionnels de santé seraient visés.

N'oublions pas que l'installation en zone surdense est déjà subordonnée pour certains professionnels à d'autres conditions, définies par les conventions. Par exemple, les infirmiers sont soumis à la règle d'un départ pour une arrivée.

Ne perdons pas non plus de vue que tous les professionnels ne sont pas placés dans la même situation au regard du déséquilibre territorial. Le dispositif envisagé n'est pas nécessaire partout – c'est d'ailleurs son principal problème.

Je sollicite donc le retrait de cet amendement au profit des dispositions de la proposition de loi Mouiller, texte que nous espérons d'ailleurs bientôt voir inscrit à l'ordre du jour de l'Assemblée nationale, madame la ministre.

Mme Sophie Primas. Très bien !

Mme Corinne Imbert, rapporteur. À défaut, la commission émettra un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Je ne puis être favorable au fait de conditionner le conventionnement des professionnels libéraux en zone surdotée.

Comme je l'ai souligné, il n'y a plus beaucoup de zones surdotées. Pour tout dire, je ne sais même pas s'il y en a. Les zones « surdotées » en généralistes sont plutôt des zones normo-dotées, voire sous-dotées.

Le Gouvernement sollicite donc le retrait de cet amendement. À défaut, l'avis serait défavorable.

Mme la présidente. Monsieur Théophile, l'amendement n° 725 rectifié *sexies* est-il maintenu ?

M. Dominique Théophile. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 725 rectifié *sexies* est retiré.

L'amendement n° 863, présenté par M. Uzenat, est ainsi libellé :

Après l'article 21 *quater*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de trois mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant les conséquences du protocole d'accord sur la maîtrise des dépenses de transports sur le champ du transport sanitaire, conclu le 24 septembre 2025, quant à la qualité de la prise en charge des patients insulaires. Ce rapport étudie aussi les mesures à mettre en place afin de compenser :

- les temps d'attente imposés par les horaires de traversée maritime ;
- les frais supplémentaires liés aux billets de bateau ;
- les périodes d'immobilisation totale du véhicule liées aux difficultés propres aux liaisons maritimes.

La parole est à M. Simon Uzenat.

M. Simon Uzenat. L'arrêté du 29 septembre 2025 portant approbation du protocole d'accord sur la maîtrise des dépenses de transports sur le champ du transport sanitaire détaille diverses mesures de rationalisation. Ces dispositions de portée nationale occultent toutefois certaines particularités territoriales.

Pour les îles bretonnes de Groix et de Belle-Île-en-Mer, cette nouvelle réglementation est susceptible de bouleverser entièrement un équilibre déjà très précaire. À Belle-Île-en-Mer, le seul établissement de santé des îles du Ponant a ainsi dû déclarer infructueux le dernier appel d'offres en matière de transports sanitaires.

Dans ces territoires singuliers, les transports reposent sur des prestataires insulaires n'exerçant leur service qu'au bénéfice des îliens. Même s'ils sont plus coûteux que sur le continent, ces transports sont optimisés par des prestataires spécialisés, qui bénéficient en outre de tarifs adaptés pour les traversées maritimes.

La traversée par bateau est en effet l'élément discriminant qui permettrait de circonscrire des mesures d'adaptation relativement limitées de l'arrêté du 29 septembre à ces deux îles, en particulier au bénéfice des patients insulaires affectés par des maladies chroniques, qui ont besoin de rejoindre les établissements hospitaliers du continent pour des chimiothérapies ou des radiothérapies.

Faute de recevabilité au titre de l'article 40 de la Constitution des dispositions que nous aurions souhaité défendre, nous avons opté pour une demande de rapport. J'espère en tout cas que le sujet retiendra toute votre attention, madame la ministre.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Sans surprise, l'avis de la commission est défavorable, puisqu'il s'agit d'une demande de rapport.

Mon cher collègue, j'ai le sentiment que vous voulez avant tout nous alerter. Le transport sanitaire des patients insulaires est un sujet dont nous ne sous-estimons pas l'importance. Cette précision étant faite, je laisse Mme la ministre vous répondre sur le fond.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Monsieur le sénateur, au-delà de cette demande de rapport, vous nous interpellez au sujet du transport sanitaire dans les îles, notamment les plus petites.

Mme Sophie Primas. Belle-Île n'est pas une petite île !

Mme Stéphanie Rist, ministre. Le protocole venant d'être signé, nous n'avons pas encore de retour quant à sa mise en œuvre. Cela étant, je suis prête à examiner s'il y a un sujet spécifique aux petites îles.

En tout état de cause, sur la demande de rapport, l'avis est défavorable.

Mme la présidente. La parole est à M. Simon Uzenat, pour explication de vote.

M. Simon Uzenat. Madame la ministre, je vous remercie de votre écoute.

Je rappelle simplement – vous avez sans doute ces éléments en tête – que la convention-cadre relative à l'établissement d'une convention type pour les entreprises de taxis et les organismes locaux d'assurance maladie ouvre la voie, *via* l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale, à des adaptations locales. Autant s'en saisir, dans une logique de différenciation.

Dans ces îles, pour ce qui concerne les soins non programmés, on voit exploser les cas de recours à la Société nationale de sauvetage en mer (SNSM) – le nombre d'interventions a été multiplié par huit en l'espace de neuf ans.

En parallèle, on observe un véritable engagement des professionnels de santé pour réduire, par exemple, l'usage des moyens héliportés, en développant l'offre de soins sur les îles, en particulier à Belle-Île-en-Mer, avec la mise en place d'une régulation quotidienne.

Tous les acteurs sont engagés pour réduire au maximum les frais, mais ils ont besoin des facilités que je viens d'évoquer. C'est pourquoi je compte vraiment sur vous, madame la ministre, et sur l'ensemble des administrations. Nous agirons, ce faisant, au bénéfice de nos patients insulaires. (*Mme Sophie Primas applaudit.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 863.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 963 rectifié *bis*, présenté par MM. Buval, Théophile et Iacovelli, Mme Nadille, M. Patient, Mme Schillinger et MM. Lemoyne, Fouassin, Rambaud et Buis, est ainsi libellé :

Après l'article 21 *quater*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de douze mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur une refonte des modalités de financement de l'offre de soins en outre-mer, notamment par la revalorisation des coefficients géographiques des outre-mer.

La parole est à M. Dominique Théophile.

M. Dominique Théophile. Par cet amendement, notre collègue Frédéric Buval demande la remise d'un rapport gouvernemental au Parlement dans les douze mois suivant la promulgation de la loi sur la réforme du financement des

établissements de santé en outre-mer. Ce travail devrait mettre l'accent sur la revalorisation des coefficients géographiques en Martinique et en Guadeloupe.

Les coefficients sont un vrai sujet, madame la ministre. Voilà deux ans, on nous avait expliqué qu'une étude comparative entre La Réunion, la Guyane, la Guadeloupe et la Martinique avait été réalisée. Mais, après calcul, les professionnels des fédérations hospitalières des Antilles et de la Guyane ont constaté que l'évaluation présentait plusieurs biais, en particulier parce que certains paramètres n'avaient pas été pris en compte.

Un examen attentif s'impose. Au regard des besoins, le coefficient retenu est très bas.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Mon cher collègue, de nombreux rapports font état de la vulnérabilité particulière des populations ultramarines, notamment en matière d'accès aux soins.

En outre, les coûts de nombreux postes de dépenses sont structurellement plus élevés dans les territoires concernés. Nous l'avons évoqué, le mois dernier, lors de l'examen du projet de loi contre la vie chère dans les outre-mer.

Ces spécificités justifient un financement de l'offre de soins mieux calibré, ce que permet notamment l'application des coefficients géographiques majorant les tarifs hospitaliers. (*M. Dominique Théophile le confirme.*)

Nous n'avons peut-être pas besoin d'un nouveau rapport. Nous avons surtout besoin – je pense que vous serez du même avis que moi – d'une revalorisation des tarifs hospitaliers et d'une révision des coefficients géographiques, ainsi que d'un soutien renforcé aux établissements de santé, afin de tenir compte de l'accroissement de leurs charges, de leurs difficultés financières et des tensions pesant sur le recrutement.

Tout en ayant conscience de l'importance du sujet, la commission émet un avis défavorable sur cette demande de rapport.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Monsieur le sénateur, au titre de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2025, nous avons actualisé ces tarifs, qui sont suivis en continu.

Je suis prête à regarder s'il y a des points sur lesquels des ajustements s'imposent. Comme vous le savez, je tiens des réunions territoire ultramarin par territoire ultramarin, afin d'identifier s'il y a des spécificités à prendre en compte.

Je vous prie de bien vouloir retirer votre amendement.

Mme la présidente. Monsieur Théophile, l'amendement n°963 rectifié bis est-il maintenu ?

M. Dominique Théophile. Madame la ministre, il faut effectivement examiner les coefficients non pas de manière globale, mais à l'échelle de chaque département ultramarin. Certains ont encore tendance à tout apprêhender d'un seul bloc, en se figurant à tort que tous nos territoires sont similaires.

Cette précision étant apportée, je retire mon amendement, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n°963 rectifié bis est retiré.

Article 21 quinquies (nouveau)

Le premier alinéa de l'article L. 2135-1 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ce parcours intègre un programme de guidance parentale, dans des conditions définies par décret. – (Adopté.)

Article 21 sexies (nouveau)

- ① Le chapitre IV du titre VI du livre III de la quatrième partie du code de la santé publique est complété par un article L. 4364-9 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 4364-9. – Sont déterminées par décret les conditions dans lesquelles les membres des professions mentionnées aux 1°, 2° et 5° de l'article L. 4364-1 peuvent, sauf opposition du médecin :
- ③ « 1° Prescrire ou renouveler des dispositifs médicaux ;
- ④ « 2° Procéder à la réparation de certains dispositifs médicaux ainsi qu'au remplacement d'une partie de ces dispositifs médicaux sans prescription médicale.
- ⑤ « La liste des dispositifs médicaux mentionnés aux 1° et 2° du présent article est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. »

Mme la présidente. L'amendement n°661, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 2

Après le mot :

décret

sont insérés les mots :

, pris après avis des représentants des professionnels concernés,

II. – Alinéa 5

Compléter cet alinéa par les mots :

, pris après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Académie nationale de médecine

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

« Les avis mentionnés au présent article sont réputés émis en l'absence de réponse dans un délai de trois mois. »

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. L'élargissement des compétences de trois professions – les orthoprothésistes, les podo-orthésistes et les orthopédistes-orthésistes – ne libérera utilement du temps médical qu'à condition que ces professionnels et les médecins adhèrent à ces évolutions et se les approprient pleinement.

Le dispositif est assorti, à juste titre, d'un pouvoir d'opposition du médecin : ce dernier doit pouvoir garder la main sur les cas les plus complexes.

Les représentants des professionnels de l'appareillage et les médecins doivent donc impérativement être consultés sur le décret d'application qui donnera toute sa substance à l'article 21 sexies, sur le modèle de la solution retenue par le Parlement au titre de la proposition de loi sur la profession d'infirmier.

Cet amendement tend également à soumettre à l'avis de la Haute Autorité de santé et de l'Académie nationale de médecine la liste des dispositifs médicaux qui pourront être prescrits ou renouvelés par ces trois professions, ou encore réparés ou remplacés sans prescription médicale. L'ensemble des avis seront réputés rendus sous trois mois – il s'agit d'éviter tout blocage.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Madame la rapporteure, vous ne serez pas étonnée d'entendre que le Gouvernement demande le retrait de cet amendement. À défaut, l'avis serait défavorable.

Nous avons depuis plusieurs années le débat sur l'évolutivité des métiers et le partage des compétences. L'introduction de telles dispositions aurait pour effet de réduire l'accès aux soins pendant au moins un an – d'expérience, je dirais même plutôt trois ans –, le temps que les décrets paraissent.

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Madame la ministre, j'ai justement prévu un délai de trois mois pour qu'il n'y ait pas de blocage. En l'absence de réponse à l'issue de ce délai, les avis sont réputés émis. Mais il est important d'associer l'ensemble des acteurs concernés afin d'éviter des frictions.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Stéphanie Rist, ministre. En pratique, nous n'arrivons pas à obtenir de réponse dans les trois mois. Les décisions prises donneront lieu à contentieux, car certains professionnels n'ont pas forcément envie d'un partage de compétences. C'est le sens de la demande de retrait émise par le Gouvernement.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 661.

(*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 21 *sexies*, modifié.

(*L'article 21 sexies est adopté.*)

Après l'article 21 *sexies*

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 1089 rectifié est présenté par MM. Théophile, Iacovelli et Lévrier, Mme Nadille, MM. Patriat, Buis et Buval, Mmes Cazebonne et Duranton, M. Fouassin, Mme Havet, MM. Kulimoetoke, Lemoyne, Mohamed Soilihi et Patient, Mme Phinera-Horth, MM. Rambaud et Rohfritsch, Mme Schillinger et les membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants.

L'amendement n° 1311 est présenté par le Gouvernement.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 21 *sexies*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 4331-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est complété par les mots : « , ou dans le cadre d'un adressage vers une prise en charge pluriprofessionnelle à laquelle ils participent » ;

2° Le dernier alinéa est supprimé.

La parole est à M. Dominique Théophile, pour présenter l'amendement n° 1089 rectifié.

M. Dominique Théophile. Cet amendement vise à modifier l'article L. 4331-1 du code de la santé publique afin de permettre aux ergothérapeutes d'exercer sur prescription médicale, ou dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle. Il s'agit de faciliter l'accès à l'ergothérapie pour les patients en situation de handicap ou en perte d'autonomie.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre, pour présenter l'amendement n° 1311.

Mme Stéphanie Rist, ministre. Ces dispositions ont été parfaitement présentées par M. Théophile. J'ajoute simplement qu'elles sont issues du pacte gouvernemental de lutte contre les déserts médicaux.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 1089 rectifié et 1311.

(*Les amendements sont adoptés.*)

Mme la présidente. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 21 *sexies*.

L'amendement n° 548, présenté par M. Khalifé, est ainsi libellé :

Après l'article 21 *sexies*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 30 juin 2026, un rapport évaluant les conditions de reconnaissance du métier d'infirmier perfusionniste comme spécialité infirmière, au sens des articles L. 4311-1 et suivants du code de la santé publique.

Ce rapport analyse notamment :

1° Les besoins actuels et prévisionnels en infirmiers perfusionnistes dans les établissements de santé, au regard des activités de chirurgie cardiaque, de greffe et d'assistance circulatoire ;

2° Les compétences et formations spécifiques nécessaires à l'exercice de cette fonction ;

3° Les conditions d'intégration de cette expertise dans le champ des spécialités infirmières reconnues par la réglementation ;

4° L'évaluation de cette spécialité dans la grille indiciaire hospitalière et les tarifications à l'activité (T2A) afin de garantir une valorisation équitable des compétences.

Le rapport formule des recommandations relatives à la reconnaissance universitaire, réglementaire et statutaire de cette spécialité.

La parole est à M. Khalifé Khalifé.

M. Khalifé Khalifé. Comme vous le savez, le métier d'infirmier perfusionniste est aujourd'hui essentiel au sein des équipes de chirurgie cardiaque, de greffe ou d'assistance circulatoire.

Nous parlons d'infirmiers spécialisés, généralistes ou anesthésistes, qui ont obtenu un diplôme de master spécialisé en circulation extracorporelle.

Aujourd’hui, ces professionnels militent pour être reconnus à leur juste valeur. Nous avions déjà présenté ce dossier à votre prédécesseur, madame la ministre. Il nous avait répondu qu’un travail était conduit au sein du ministère pour répondre aux demandes exprimées. Il est temps de valoriser ces équipes tout à fait méritantes.

Mme la présidente. Quel est l’avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Mon cher collègue, je sais l’attention que vous portez aux infirmiers perfusionnistes, comme aux hygiénistes, qui exercent au quotidien des responsabilités très importantes – plus importantes encore que celles du métier socle – sans disposer pour autant d’une reconnaissance supplémentaire.

À ce titre, je fais mienne votre préoccupation ; nous en avons d’ailleurs parlé à plusieurs reprises. Pour autant, un simple rapport ne suffira pas à assurer la reconnaissance de la spécialité de perfusionniste, malheureusement.

En conséquence, la commission vous demande de retirer votre amendement. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l’avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Monsieur le sénateur, merci d’appeler notre attention sur ce métier.

Notre pays compte aujourd’hui 300 infirmiers perfusionnistes. Ces derniers exercent des fonctions indispensables pour la circulation extracorporelle, en lien avec la chirurgie cardiaque.

Votre demande tend à alourdir la contrainte pesant sur ces professionnels, qui ont plutôt besoin de souplesse.

Les infirmiers perfusionnistes bénéficient déjà d’une reconnaissance au travers d’une bonification indiciaire. Cela ne nous empêche pas de continuer à travailler avec eux pour définir les évolutions qui pourraient leur être proposées. Mais, pour l’heure, le Gouvernement émet un avis défavorable, car – j’y insiste – les dispositions de votre amendement sont trop rigides.

Mme la présidente. La parole est à M. Khalifé Khalifé, pour explication de vote.

M. Khalifé Khalifé. Madame la rapporteure, madame la ministre, je ne saurais être plus royaliste que le roi. (*Sourires.*) Le sujet est important, vous l’avez reconnu.

Je connais la valeur de ces professionnels, que j’ai côtoyés jour et nuit pendant quarante ans. J’espère que le Gouvernement leur donnera la réponse la plus encourageante possible. Cela étant, je retire mon amendement, madame la présidente.

Mme la présidente. L’amendement n° 548 est retiré.

Article 21 *septies* (nouveau)

- ① Après l’article L. 6322-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6322-1-1 ainsi rédigé :
- ② « Art. L. 6322-1-1. – La pratique de la médecine esthétique est soumise à l’autorisation de l’agence régionale de santé.
- ③ « L’autorisation dépend des besoins médicaux de la population résidant dans le bassin géographique et ses modalités sont fixées par décret.
- ④ « L’autorisation est donnée pour une durée de cinq ans renouvelables. »

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques.

L’amendement n° 101 est présenté par M. Henno.

L’amendement n° 566 est présenté par M. Khalifé.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Olivier Henno, pour présenter l’amendement n° 101.

M. Olivier Henno. Cet amendement tend à supprimer l’article 21 *septies*.

La régulation de l’activité médicale à visée esthétique est une vraie question. Cette activité est aujourd’hui surdéveloppée, car de plus en plus de médecins font le choix de l’exercer ; on peut parler, à ce propos, d’une véritable fuite. L’ancien ministre chargé de la santé et de l’accès aux soins, Yannick Neuder, avait d’ailleurs entamé une réflexion sur ce sujet.

Nous pensons que la suradministration est un des problèmes de notre pays. Aussi, nous ne sommes pas favorables à une régulation de cette activité par les agences régionales de santé. Nous préférons que le travail soit poursuivi avec le Conseil national de l’ordre des médecins (Cnom).

Mme la présidente. La parole est à M. Khalifé Khalifé, pour présenter l’amendement n° 566.

M. Khalifé Khalifé. Il est important d’attendre les conclusions du travail mené sur ce sujet par l’Assemblée nationale, le ministère, la direction générale de l’offre de soins (DGOS) et le Conseil national de l’ordre des médecins. Elles devraient d’ailleurs être connues prochainement.

Madame la ministre, je m’interroge : faut-il supprimer l’article 21 *septies* en attendant une nouvelle convention, ou doit-on plutôt le maintenir ?

Mme la présidente. Quel est l’avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. En commission, j’avais moi-même proposé un amendement de suppression, étant comme vous favorable à l’encadrement de la médecine esthétique.

Nous savons aussi que le ministère et le Conseil national de l’ordre des médecins se penchent sur le sujet depuis plusieurs mois. La semaine dernière, lorsque nous avons examiné le PLFSS en commission, ce travail n’avait toujours pas abouti. Depuis, le Cnom et le ministère ont abouti à une rédaction consensuelle, en conséquence de quoi j’ai retiré mon amendement.

En outre, je sais que le ministère est attentif à ce que cette régulation soit effectuée, non par les ARS, mais par les différents ordres professionnels – la médecine n’est pas seule concernée.

Pour l’ensemble de ces raisons, je vous demande de retirer vos amendements, faute de quoi j’émettrai un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l’avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Défavorable.

M. Khalifé Khalifé. Il me semble que c’est la meilleure façon de laisser le travail suivre son cours. Je retire mon amendement, madame la présidente.

Mme la présidente. L’amendement n° 566 est retiré.

Monsieur Henno, l’amendement n° 101 est-il maintenu ?

M. Olivier Henno. Non, je le retire également, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 101 est retiré.

Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 1583 rectifié *ter* est présenté par M. Jomier, Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Lubin, Poumirol, Rossignol et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

L'amendement n° 1826 est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

I. – Alinéa 1

Remplacer cet alinéa par trois alinéas ainsi rédigés :

Le chapitre II du titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'intitulé est complété par les mots : « et médecine esthétique » ;

2° Il est ajouté un article L. 6322-4 ainsi rédigé :

II. – Alinéa 2

1° Remplacer la référence :

L. 6322-1-1

par la référence :

L. 6322-4

2° Remplacer la première occurrence du mot :

l'

par le mot :

une

3° Remplacer les mots :

de l'agence régionale de santé

par les mots :

délivrée par l'ordre compétent

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

« Sont également définies par décret les conditions d'exercice préalable dans la qualification initiale, de formation et d'expérience professionnelle requises pour la pratique de ces actes, leurs conditions de réalisation ainsi que les catégories d'actes concernés. »

La parole est à Mme Annie Le Houerou, pour présenter l'amendement n° 1583 rectifié *ter*.

Mme Annie Le Houerou. Alors que nous manquons cruellement de médecins dans de nombreux territoires et de nombreuses spécialités, cet amendement vise à lutter contre la fuite des médecins vers la médecine esthétique – les uns ne remplacent pas forcément les autres, mais nous tenons à faire le lien.

Nous entendons donner au Cnom des outils de contrôle, de qualification et de régulation du nombre de praticiens qui exercent la médecine esthétique sans avoir de spécialité en chirurgie plastique.

Aujourd'hui, seuls les titulaires du diplôme d'études spécialisées (DES) en chirurgie plastique reconstructrice et esthétique sont officiellement reconnus comme chirurgiens plasticiens. Toutefois, grâce à la liberté d'exercice, tout médecin peut décider de se consacrer à la médecine esthétique.

J'appelle votre attention sur le fait que cette dernière n'est pas reconnue comme une spécialité médicale officielle : il s'agit simplement d'un ensemble d'actes qui ne sont soumis à aucun quota, contrairement à la chirurgie esthétique.

Face à l'accroissement du nombre d'actes de médecine esthétique, siphonnant le personnel médical dont nous avons besoin pour lutter contre les déserts médicaux, il est urgent de donner des moyens d'action à l'ordre national des médecins.

En plus de l'agrément octroyé par les agences régionales de santé, prévu par cet article, nous demandons que les médecins obtiennent l'approbation du Cnom pour effectuer des actes esthétiques.

Le phénomène de fuite que nous avons évoqué est accentué par une absence totale de régulation. Aucun registre officiel des médecins spécialisés dans les interventions esthétiques n'existe actuellement, ce qui mine le maillage territorial de notre système de soins et agrave la désertification médicale.

Dans ces conditions, nous prévoyons qu'un décret précise les modalités d'application de cette mesure de régulation suggérée par notre collègue Jomier, qui s'est inspiré de la proposition de loi de Yannick Neuder visant à limiter la fuite des médecins vers la médecine esthétique.

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure, pour présenter l'amendement n° 1826.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. En complément des propos de notre collègue, j'insiste sur les risques induits par le développement rapide et non encadré de la médecine esthétique. C'est bien la raison pour laquelle je suis, à titre personnel, favorable à des mesures d'encadrement.

À cet égard, je salue le travail conduit par le Gouvernement et le Conseil national de l'ordre des médecins pour réguler la pratique.

La délivrance de l'agrément, telle qu'elle est prévue, est subordonnée, soit au suivi d'une formation reconnue par le Cnom, soit à la validation des acquis de l'expérience (VAE). La première promotion du diplôme interuniversitaire reconnu par le Cnom a d'ailleurs commencé sa formation le 1^{er} janvier dernier.

Les choses vont dans le bon sens et je remercie notre collègue Bernard Jomier d'avoir rendu son amendement identique à celui de la commission.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Le Gouvernement est favorable à ces deux amendements identiques, qui visent à encadrer la médecine esthétique.

Avec ces dispositions, vous posez une première pierre à l'édifice ; il faudra en ajouter d'autres.

Vous l'avez rappelé, la mesure d'encadrement proposée fait suite aux travaux engagés par mes prédécesseurs et le conseil de l'ordre. Nous allons les poursuivre, car nous devons améliorer la qualité, la sécurité, la formation et la régulation de cette médecine.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Luc Fichet, pour explication de vote.

M. Jean-Luc Fichet. Je salue la démarche entreprise. Nous réfléchissons enfin à réguler un système par lequel de jeunes médecins, après des années d'études payées par la puissance publique – je mets de côté la question de l'internat –, s'orientent, sitôt leur doctorat en poche, vers la médecine esthétique privée, car elle est très rémunératrice.

Ces médecins s'écartent de l'exercice de la médecine, notamment généraliste, au détriment des patients. Bien entendu, la chirurgie réparatrice doit être considérée à part ; elle mérite même toute notre attention.

La régulation de l'exercice de la médecine et de la chirurgie esthétiques nous permettra éventuellement de retrouver des dermatologues, dont on manque aujourd'hui à cause de la fuite évoquée.

Bien sûr, je voterai ces deux amendements identiques.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n° 1583 rectifié ter et 1826.

(*Les amendements sont adoptés.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 1306 rectifié, présenté par MM. Milon et Khalifé, Mme Deseyne, M. Sol, Mme Lassarade, M. Somon, Mme Micouleau, M. Burgoa et Mme Aeschlimann, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Compléter cet alinéa par une phrase ainsi rédigée :

Cette autorisation est de droit pour les médecins exerçant certaines spécialités dont la pratique de la médecine esthétique est indissociable de l'exercice, listées par décret.

La parole est à Mme Florence Lassarade.

Mme Florence Lassarade. La médecine esthétique ne bénéficie d'aucune définition légale. Il s'agit d'une dénomination générique, utilisée par tout un chacun, qui recouvre des situations très différentes. Nous parlons aussi bien d'actes de confort, que cet article cherche à réguler, que d'actes de réparation pratiqués à la suite d'accidents ou d'actes de prescription, pour soigner des pathologies de la peau ou simplement prévenir et accompagner le vieillissement.

Il serait incongru de soumettre à autorisation la pratique d'actes que certains médecins spécialistes sont précisément appelés à proposer du fait de leur formation initiale. C'est notamment le cas des médecins spécialistes en chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, en chirurgie maxillo-faciale et en dermatologie.

Pour cette dernière spécialité, la part d'activité consacrée à la dermatologie esthétique et correctrice est nettement minoritaire. Moins de 10 % des actes sont concernés, d'après un sondage réalisé en 2024 auprès des dermatologues.

Seuls 4,91 % des dermatologues interrogés affirment y consacrer plus de 50 % de leur activité, soit 137 des 2 800 praticiens exerçant à titre libéral ou mixte. Ce résultat est à mettre en regard du chiffre de 9 000 médecins qui, selon le conseil de l'ordre, pratiqueraient la médecine esthétique dite de confort.

Cet article est donc rédigé en termes trop généraux. En outre, il cible indifféremment, et sans nuances, les véritables spécialistes et autres intervenants dans le domaine de la médecine esthétique. Ainsi, nous proposons d'exclure

certains médecins spécialistes du régime d'autorisation visant des compétences qui leur sont propres et sont, surtout, indissociables de leur formation initiale.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Ma chère collègue, je comprends tout à fait le sens de votre amendement. Je confirme que certains médecins, en raison de leur spécialité, sont formés à la médecine esthétique et en pratiquent déjà tel ou tel acte. En conséquence, la commission émet un avis favorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Le Gouvernement n'est absolument pas favorable à cet amendement. Certains dermatologues réduisent bien leur activité au profit de la médecine esthétique, mais, dans la pratique, de telles dispositions auraient pour effet d'empêcher la régulation souhaitée.

Mme la présidente. La parole est à Mme Florence Lassarade, pour explication de vote.

Mme Florence Lassarade. Madame la ministre, je vous invite à relire cet amendement de M. Milon : d'après le sondage cité, mené en 2024, les dermatologues consacrent moins de 10 % de leur activité à la médecine esthétique. Il faut en tenir compte, à moins que l'on ne juge fantaisistes les déclarations de ces professionnels...

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Stéphanie Rist, ministre. Madame la sénatrice, les dermatologues sont déjà soumis à des autorisations pour pratiquer certains actes, comme les opérations au laser.

Par cet amendement, vous levez toute forme d'autorisation pour les dermatologues : dès lors, plus aucune régulation n'est possible. Les dermatologues pourront, plus facilement encore qu'aujourd'hui, procéder à des actes de médecine esthétique.

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. J'ai bien entendu les propos de Mme la ministre, et M. Milon me fait savoir que cet amendement est retiré.

Mme la présidente. L'amendement n° 1306 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'article 21 *septies*, modifié.

(*L'article 21 septies est adopté.*)

Article 21 *octies* (nouveau)

- ① Le VIII de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1° La première phrase est complétée par les mots : « et par ceux exerçant au sein des organismes de mutualité sociale agricole mentionnés à l'article L. 723-1 du code rural et de la pêche maritime » ;
- ③ 2° Au début de la deuxième phrase, les mots : « Ceux-ci » sont remplacés par les mots : « Les praticiens conseils ».

Mme la présidente. L'amendement n° 663, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Rédiger ainsi cet article :

Après la sous-section 2 de la section 3 du chapitre III du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime, est insérée une sous-section... ainsi rédigée :

« *Sous-section...*

« *Service du contrôle médical*

« *Art. L. 723-43-...* – Le service du contrôle médical des régimes agricoles de protection sociale remplit les missions définies au chapitre 5 du titre I^{er} du livre III du code de la sécurité sociale.

« Les missions du service du contrôle médical des régimes agricoles de protection sociale sont exercées par leurs praticiens conseils. Ceux-ci peuvent déléguer, sous leur responsabilité, la réalisation de certains actes et de certaines activités au personnel du contrôle médical disposant de la qualification nécessaire. Lorsque ces délégations concernent des auxiliaires médicaux, lesdites missions sont exercées dans la limite de leurs compétences prévues par le code de la santé publique. Lorsque, dans le cadre de ces délégations, des auxiliaires médicaux rendent des avis qui commandent l'attribution et le service de prestations, elles s'exercent dans le cadre d'un protocole écrit.

« Les conditions d'application du présent article sont définies par voie réglementaire. »

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement vise à insérer les dispositions relatives au service du contrôle médical des régimes agricoles de protection sociale dans le code rural et de la pêche maritime, plutôt que dans le code de la sécurité sociale.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 663.

(*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. En conséquence, l'article 21 octies est ainsi rédigé.

Article 21 nonies (nouveau)

- ① L'article 47 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025 est ainsi modifié :
- ② 1^o À la première phrase, les mots : « de trois mois » sont remplacés par les mots : « d'un an » ;
- ③ 2^o À la seconde phrase, les mots : « les modalités de » sont remplacés par les mots : « les effets de la » et, à la fin, les mots : « et leurs impacts pour la sécurité sociale » sont supprimés ;
- ④ 3^o Est ajoutée une phrase ainsi rédigée : « Ce rapport s'attache à définir les conditions de l'accès direct aux consultations infirmières mentionnées à l'article 6 de la loi n° 2025-581 du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier ainsi qu'un rôle propre et la liste des actes et soins réalisés, afin de permettre de garantir l'autonomie du rôle infirmier. »

Mme la présidente. L'amendement n° 1827, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 4

Remplacer les mots :

l'accès direct aux consultations infirmières mentionnées

par les mots :

la prise en charge directe des patients mentionnée

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Il s'agit d'un amendement rédactionnel, madame la présidente.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat.

Mme la présidente. La parole est à Mme Anne Souyris, pour explication de vote.

Mme Anne Souyris. « Le Gouvernement proposera, nous débattrons, vous voterez. » Au Sénat, nous avons pris bonne note des propos de M. le Premier ministre. Mais encore faut-il que les lois votées par le Parlement soient appliquées et que l'intention du législateur soit respectée.

Au travers de la loi du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier, nous avons appelé très clairement le Gouvernement à revaloriser les tarifs des actes infirmiers, ce qui n'a pas été fait depuis 2009.

Je comprends, en lisant le rapport de la commission, que des négociations ont été entamées en juillet dernier avec les représentants syndicaux des infirmiers libéraux.

Madame la ministre, pouvez-vous nous présenter l'état de ces négociations et les efforts que le Gouvernement est prêt à faire pour revaloriser ces actes ?

Par ailleurs, nous avons été alertés par les organisations infirmières sur le projet de décret d'application de la loi de 2025. Ces dernières redoutent notamment une réduction du rôle propre des infirmiers, de leurs missions de prévention et des consultations infirmières. En outre, elles voient avec inquiétude se profiler la disparition d'une approche fondée sur les missions.

Quelles consultations le Gouvernement mène-t-il avec les organisations représentatives pour que l'intention du législateur soit respectée dans l'application de cette loi ?

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1827.

(*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 1828, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 4

Après la première occurrence du mot :

infirmier

supprimer la fin de cet alinéa.

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement vise à retirer du périmètre du rapport la définition du rôle propre de l'infirmier, ainsi que la liste des actes et des soins qu'il est habilité à réaliser.

Le décret d'application de l'article 1^{er} de la loi sur la profession d'infirmier, en cours de préparation, précisera sûrement ces éléments. Puisque ce décret sera publié avant

l'adoption du projet de loi de financement de la sécurité sociale, il n'est pas pertinent de conserver ces éléments dans le rapport demandé, lequel sera rendu bien plus tard.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Il s'agit d'un avis favorable, madame la présidente.

Madame Souyris, je vous confirme que le décret a été validé par le Haut Conseil des professions paramédicales (HCPP) et qu'il paraîtra très prochainement.

Mme Anne Souyris. Parfait !

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1828.

(*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 21 *nonies*, modifié.

(*L'article 21 nonies est adopté.*)

Article 21 *decies* (nouveau)

- ① I. – À titre expérimental, pour une durée de trois ans, dans trois régions comportant des zones caractérisées par une offre de soins particulièrement insuffisante au sens du 1^e de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, l'État peut autoriser les assurés à désigner une équipe de soins traitante qui assure une mission de prévention, de suivi et de recours. La désignation d'une équipe de soins traitante est réputée emporter les mêmes règles que celle d'un médecin traitant au sens de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale.
- ② II. – Ces équipes sont notamment composées d'un médecin, d'un infirmier en pratique avancée ou le cas échéant d'un infirmier, d'un pharmacien et d'un assistant médical.
- ③ III. – Un décret précise les modalités de mise en œuvre de l'expérimentation, les régions concernées par cette expérimentation ainsi que les conditions d'évaluation de celle-ci en vue d'une éventuelle généralisation.

Mme la présidente. Je suis saisie de six amendements identiques.

L'amendement n° 92 est présenté par M. Henno.

L'amendement n° 401 rectifié *bis* est présenté par Mmes Lassarade et Richer, MM. Panunzi et H. Leroy, Mme de La Provôté, M. Lefèvre, Mme Malet, MM. Burgoa et Houpert, Mme Aeschlimann, MM. D. Laurent, Anglars, Margueritte, Cambon et Genet, Mme Bonfanti-Dossat, M. de Nicolaï, Mme Lermytte et MM. Duplomb et J. M. Boyer.

L'amendement n° 482 rectifié *bis* est présenté par MM. Milon et Khalifé, Mme Deseyne, MM. Sol et Somon et Mme Micouleau.

L'amendement n° 664 est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 830 rectifié *bis* est présenté par Mme Guillotin, MM. Bilhac et Cabanel, Mme M. Carrère, M. Daubet, Mme N. Delattre, MM. Fialaire, Gold, Grosvalet, Guiol, Masset et Roux et Mme Girardin.

L'amendement n° 1566 rectifié *bis* est présenté par Mme Sollogoub, MM. Dhersin et Mizzon, Mmes Billon et Guidez et MM. Duffourg et Rochette.

Ces six amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Olivier Henno, pour présenter l'amendement n° 92.

M. Olivier Henno. Cet amendement vise à supprimer l'article 21 *decies*, qui autorise la désignation d'une équipe de soins traitante en lieu et place du médecin traitant.

Je comprends bien l'objectif visé, à savoir renforcer l'accès aux soins, mais le dispositif proposé à cette fin n'est pas le bon. Nous considérons notamment que l'équipe de soins traitante est une notion hybride qui entraînerait de la confusion.

Mme la présidente. La parole est à Mme Florence Lassarade, pour présenter l'amendement n° 401 rectifié *bis*.

Mme Florence Lassarade. Il est défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean Sol, pour présenter l'amendement n° 482 rectifié *bis*.

M. Jean Sol. Il est également défendu !

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure, pour présenter l'amendement n° 664.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Défendu !

Mme la présidente. La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour présenter l'amendement n° 830 rectifié *bis*.

Mme Véronique Guillotin. Défendu !

Mme la présidente. La parole est à Mme Nadia Sollogoub, pour présenter l'amendement n° 1566 rectifié *bis*.

Mme Nadia Sollogoub. Défendu !

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n° 92, 401 rectifié *bis*, 482 rectifié *bis*, 664, 830 rectifié *bis* et 1566 rectifié *bis*.

(*Les amendements sont adoptés.*)

Mme la présidente. En conséquence, l'article 21 *decies* est supprimé et les amendements n° 1567 rectifié, 1445 rectifié et 568 rectifié, ainsi que les amendements identiques n° 292 rectifié *ter* et 554 rectifié *bis*, n'ont plus d'objet.

Article 22

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1^e L'article L. 161-36 est ainsi rétabli :
- ③ « Art. L. 161-36. – Les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22 sont tenus d'assurer, pour les personnes mentionnées à l'article L. 160-1 du présent code et à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, la transmission par voie électronique des documents nécessaires, d'une part, à la prise en charge des soins, des produits et des prestations et, d'autre part, à la mise en œuvre du tiers payant par les organismes d'assurance maladie. Ils sont également tenus de transmettre à l'organisme d'assurance maladie complémentaire de l'assuré les documents nécessaires à la détermination de la part des dépenses prises en charge par cet organisme.

- ④ « En retour, l'organisme d'assurance maladie complémentaire communique à l'établissement, par voie électronique, aux fins d'information du patient et de facturation, la part des dépenses qu'il prend en charge et dont il assure le paiement à l'établissement. » ;
- ⑤ 2° (*Supprimé*)
- ⑥ 3° Les trois derniers alinéas du I de l'article L. 162-23 sont supprimés ;
- ⑦ 4° L'article L. 162-23-4 est complété par un III ainsi rédigé :
- ⑧ « III. – Pour les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22, les tarifs nationaux de prestations mentionnés au 1° du I du présent article sont minorés lorsque, pour ces mêmes prestations, des honoraires sont facturés, dans les conditions définies aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1, par les professionnels de santé exerçant en leur sein à titre libéral ou, dans les conditions définies à l'article L. 162-26-1, par ces établissements.
- ⑨ « Le directeur général de l'agence régionale de santé détermine pour chaque établissement concerné, dans des conditions fixées par décret, le coefficient de minoration applicable aux tarifs nationaux de prestations afin de tenir compte de ces honoraires.
- ⑩ « Ce coefficient s'applique à la date mentionnée au dernier alinéa du I du présent article. » ;
- ⑪ 4° *bis (nouveau)* À la fin du II de l'article L. 162-23-6, les mots : « , dans le respect du montant affecté aux dépenses relatives au financement de la liste des spécialités pharmaceutiques prévu au 1° du I de l'article L. 162-23 » sont supprimés ;
- ⑫ 5° Le I de l'article L. 162-23-8 est ainsi modifié :
- ⑬ a) Au premier alinéa, les mots : « part prévue au 2° du I de l'article L. 162-23, affectée à la » sont supprimés et, après la référence : « L. 162-22, », sont insérés les mots : « exerçant les activités mentionnées au 4° du même article L. 162-22 » ;
- ⑭ b) (*Supprimé*)
- ⑮ 6° L'article L. 162-25 est ainsi modifié :
- ⑯ a) Le premier alinéa est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :
- ⑰ « Par dérogation à l'article L. 160-11, l'action des établissements de santé mentionnés aux *a* à *d* de l'article L. 162-22 pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit dans les conditions suivantes :
- ⑱ « 1° Par un an à compter de la réalisation de l'acte ou de la consultation pour les actes et les consultations externes mentionnés à l'article L. 162-26 ;
- ⑲ « 2° Par un an à compter de la fin de la prestation d'hospitalisation mentionnée au 1° des articles L. 162-22-3 et L. 162-23-1. » ;
- ⑳ b) À la première phrase du second alinéa, les mots : « le délai mentionné au premier alinéa du présent article peut être prolongé » sont remplacés par les mots : « ces délais peuvent être prolongés » ;
- ㉑ 7° L'article L. 174-2-1 devient l'article L. 162-27 et, après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
- ㉒ « Ce remboursement est effectué sur la base d'une facturation par l'établissement à la caisse susmentionnée ou, pour les prestations d'hospitalisation, les médicaments et les produits et prestations, d'une valorisation des données d'activité transmises en application de l'article L. 6113-8 du code de la santé publique, selon des modalités définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et tenant compte, notamment, de la nature de l'activité. » ;
- ㉓ 8° À la dernière phrase du second alinéa de l'article L. 165-12 et au septième alinéa de l'article L. 174-15, la référence : « L. 174-2-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-27 ».
- ㉔ II. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :
- ㉕ 1° Le 4° de l'article L. 6133-1 est ainsi modifié :
- ㉖ a) À la deuxième phrase, les mots : « , de responsabilité à leur égard » sont supprimés ;
- ㉗ b) À la fin de la troisième phrase, les mots : « , dans les conditions prévues à l'article L. 6133-8 » sont supprimés ;
- ㉘ c) Après la même troisième phrase, sont insérées deux phrases ainsi rédigées : « Si les autorisations que le groupement exploite pour une même activité de soins sont détenues par au moins deux de ses membres relevant d'échelles tarifaires différentes, les tarifs applicables à la facturation de cette activité sont déterminés dans les conditions prévues à l'article L. 6133-8. Si les autorisations qu'il exploite pour une activité de soins sont détenues par un seul de ses membres ou par des établissements relevant d'une même échelle tarifaire, la facturation de cette activité est effectuée dans l'échelle tarifaire applicable à ces membres. » ;
- ㉙ d) Après le mot : « membres », la fin de l'avant-dernière phrase est ainsi rédigée : « qui ne les facturent plus. » ;
- ㉚ 2° Au premier alinéa du II de l'article L. 6145-9, la référence : « L. 174-2-1 » est remplacée par la référence : « L. 162-27 ».
- ㉛ III. – Le III de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 est ainsi modifié :
- ㉜ 1° Le C est abrogé ;
- ㉝ 2° Les D et H sont abrogés.
- ㉞ IV. – L'article 65 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 est abrogé.
- ㉟ V. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2026, à l'exception du 1° du III et du IV, qui entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2027.
- Mme la présidente.** L'amendement n° 1451 rectifié, présenté par MM. Canévet, Folliot et Fargeot, Mme Sollogoub, MM. S. Demilly, Mizzon, Menonville et Kern, Mmes Vermeillet, Patru, Romagny et Saint-Pé et MM. Dhersin, Duffour et Longeot, est ainsi libellé :
- Alinéa 6
- Supprimer cet alinéa.
- La parole est à Mme Nadia Sollogoub.
- Mme Nadia Sollogoub.** Cet amendement de notre collègue Michel Canévet a pour objet de préserver la transparence du financement hospitalier.

L’alinéa 6 de l’article 22 supprime la distinction obligatoire, au sein de l’objectif national de dépenses de soins médicaux et de réadaptation (ODSMR), entre la dotation pour missions d’intérêt général et d’aides à la contractualisation (Migac) et les dépenses de molécules onéreuses, que le Gouvernement fixe annuellement.

Cette suppression, sous couvert de simplification, aurait pour effet de rendre opaque la répartition des ressources, au moment même où le déficit de l’assurance maladie exige au contraire une vigilance renforcée.

Par cet amendement, nous défendons la lisibilité des dispositifs, qui est nécessaire aux établissements, ainsi que notre capacité à contrôler la bonne gestion publique. En maintenant cette distinction, nous préservons un suivi clair des dépenses et des allocations : c’est un gage de confiance et de bonne gestion publique.

Mme la présidente. Quel est l’avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Les modifications prévues à l’article 22 suppriment non pas la dotation Migac, destinée aux établissements de soins médicaux et de réadaptation (SMR), mais une précision au titre de l’objectif national de dépenses.

En revanche, les dispositions relatives aux enveloppes régionales de crédits Migac destinées aux établissements de SMR sont conservées, ce qui me semble essentiel.

À cet égard, la commission a souhaité maintenir la consultation des fédérations hospitalières dans l’attribution des dotations régionales, suivant en cela la position de l’Assemblée nationale, qui a supprimé les dispositions concernées au sein de l’article 22.

Cette transparence des dotations régionales nous semble apporter davantage de visibilité et de garanties aux établissements de santé. En conséquence, la commission émet un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l’avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Madame la sénatrice, la mesure visée n’a pas pour objet de rendre plus opaque le financement des établissements de santé : elle supprime seulement des dispositions redondantes.

La part de dotation Migac est déjà bien identifiée, puisqu’elle est répartie entre les régions par les arrêtés annuels de délégation de crédits.

En outre, il faut s’adapter à la réalité du financement des établissements. La part de molécules onéreuses n’est connue qu’à la fin de l’année, car elle dépend de l’activité réelle des établissements.

Pour ces raisons, le Gouvernement vous suggère de retirer votre amendement ; à défaut, il émettra un avis défavorable.

Mme Nadia Sollogoub. Je retire cet amendement, madame la présidente !

Mme la présidente. L’amendement n° 1451 rectifié est retiré.

Je suis saisie de deux amendements identiques.

L’amendement n° 469 rectifié est présenté par MM. Milon et Khalifé, Mme Deseyne, M. Sol, Mme Lassarade, M. Somon, Mme Micouleau, M. Burgoa et Mme Aeschlimann.

L’amendement n° 1453 rectifié est présenté par MM. Canévet, Folliot et Fargeot, Mme Sollogoub, MM. S. Demilly, Mizzon, Menonville, Kern et J. M. Arnaud, Mme Patru et MM. Dhersin, Duffourg et Longeot.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l’alinéa 6

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

... ° À la première phrase du 1° du I de l’article L. 162-23-4, le mot : « notamment » est supprimé et sont ajoutés les mots : « , dans une limite fixée par voie réglementaire » ;

La parole est à M. Jean Sol, pour présenter l’amendement n° 469 rectifié.

M. Jean Sol. Les établissements privés de SMR font appel à du personnel médical en grande majorité salariés. En cela, ils se distinguent des établissements de santé privés spécialisés en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), qui fonctionnent majoritairement avec des médecins libéraux.

Pour autant, l’article L. 162-23-4 du code de la sécurité sociale ouvre, à l’instar des dispositions régissant les activités de MCO, la possibilité de différencier la valeur des tarifs nationaux entre catégories d’établissement, en raison d’une prévue différence de statut du personnel médical.

Certains éléments peuvent en effet justifier un certain écart tarifaire entre les établissements ex-DAF – dotation annuelle de financement – et ex-OQN – objectif quantifié national –, à commencer par le statut de la fonction publique. Mais cet écart doit être proportionné et justifié, dans la mesure où la majorité des patients admis en SMR dans un centre privé viennent des hôpitaux publics de court séjour.

En outre, les établissements privés ex-OQN sont habilités par l’État à assurer le service public hospitalier, au même titre que les établissements ex-DAF, sans bénéficier de la même grille tarifaire.

Dans un contexte de maîtrise des dépenses publiques, il paraît important d’encadrer cet écart tarifaire, sur la base de critères objectifs définis par voie réglementaire.

Mme la présidente. La parole est à Mme Nadia Sollogoub, pour présenter l’amendement n° 1453 rectifié.

Mme Nadia Sollogoub. Par cet amendement, notre collègue Michel Canévet souhaite lui aussi encadrer les écarts tarifaires entre les établissements de soins médicaux et de réadaptation publics et privés.

Mme la présidente. Quel est l’avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La commission plaide pour un renforcement de la transparence dans la fixation des tarifs hospitaliers. Ces derniers doivent être cohérents avec l’évolution des coûts des établissements de santé publics comme privés.

Pour autant, encadrer par voie réglementaire les différences de tarifs, qui sont eux-mêmes fixés de cette manière, n’aurait aucune plus-value, surtout si l’on manque de préciser les limites et les critères envisagés.

En conséquence, la commission sollicite le retrait de ces deux amendements identiques. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l’avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Vous souhaitez limiter l'écart entre les tarifs pour les établissements de SMR : il s'agit des ex-DAF dans le secteur public et des ex-OQN dans le secteur privé.

Du fait de la réforme engagée, le calcul a été réalisé suivant deux méthodes de construction différentes, qui sont conçues pour respecter l'ODSMR à partir des coûts observés, des financements historiques et de la structure d'activité réelle.

Pour le secteur public, la tarification repose sur les coûts réels du public et la neutralité tarifaire, qui assure une correspondance directe entre coûts mesurés et tarifs appliqués.

Pour le secteur privé, la méthode retient la structure de recettes historique, afin de préserver la stabilité financière et d'éviter les ruptures de financement induites par la réforme.

Les écarts observés traduisent les équilibres propres à chaque secteur et ne reflètent aucune iniquité de traitement.

Pour ces raisons, le Gouvernement sollicite le retrait de ces amendements ; à défaut, il émettra un avis défavorable.

Mme la présidente. Monsieur Sol, l'amendement n° 469 rectifié est-il maintenu ?

M. Jean Sol. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 469 rectifié est retiré.

Madame Sollogoub, l'amendement n° 1453 rectifié est-il maintenu ?

Mme Nadia Sollogoub. Oui, je le maintiens, madame la présidente.

Mme la ministre vient de nous rappeler l'historique de la construction des prix. Il n'empêche que le même acte n'est pas payé de la même manière selon qu'il est effectué dans un établissement public ou privé.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1453 rectifié.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 467 rectifié est présenté par MM. Milon et Khalifé, Mme Deseyne, M. Sol, Mme Lassarade, M. Somon, Mme Micouleau, M. Burgoa et Mme Aeschlimann.

L'amendement n° 1463 rectifié est présenté par MM. Canévet, Folliot et Fargeot, Mme Sollogoub, MM. S. Demilly, Mizzon, Menonville, Kern et J. M. Arnaud, Mme Patru et MM. Dhersin, Duffourg et Longeot.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 8

Supprimer les mots :

dans les conditions définies à l'article L. 162-26-1,

La parole est à M. Khalifé Khalifé, pour présenter l'amendement n° 467 rectifié.

M. Khalifé Khalifé. Nous proposons de supprimer les mots « dans les conditions définies à l'article L. 162-26-1 » à l'alinéa 8 de l'article 22. Cette mesure concerne toutes les tarifications dont nous venons de débattre. Je n'entrerai pas davantage dans le détail, afin de gagner du temps. Et si vous jugez nécessaire que je retire cet amendement, madame la rapporteure, je le ferai ! (*Sourires.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Nadia Sollogoub, pour présenter l'amendement n° 1463 rectifié.

Mme Nadia Sollogoub. Défendu !

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La commission demande le retrait de ces deux amendements identiques. À défaut, l'avis sera défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Le coefficient honoraire vise à neutraliser la valorisation de ces actes, qui sont déjà payés par l'assurance maladie au moment de la facturation du séjour par l'établissement. Ce dispositif me paraît donc justifié.

Aussi, je demande à mon tour le retrait de ces deux amendements identiques. À défaut, l'avis sera défavorable.

Mme la présidente. Monsieur Khalifé, l'amendement n° 467 rectifié est-il maintenu ?

M. Khalifé Khalifé. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 467 rectifié est retiré.

Madame Sollogoub, l'amendement n° 1463 rectifié est-il maintenu ?

Mme Nadia Sollogoub. Non, je le retire également, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 1463 rectifié est retiré.

L'amendement n° 1199, présenté par Mmes Apourceau-Poly, Brulin et Silvani, M. Corbisez et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky, est ainsi libellé :

Alinéa 13

Supprimer cet alinéa.

La parole est à Mme Cathy Apourceau-Poly.

Mme Cathy Apourceau-Poly. Au travers de l'article 22, le Gouvernement entend modifier les modalités d'attribution de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général des établissements de santé.

La réduction du périmètre de cette dotation, qui finance aujourd'hui l'amélioration de la qualité des soins, la recherche, la formation des soignants et l'innovation médicale, nous semble porter profondément atteinte à la transformation de notre système de santé.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement vise à supprimer les dispositions qui procèdent à une coordination juridique par rapport à l'alinéa 6, lequel supprime des précisions concernant l'objectif national des dépenses dans le champ des activités de soins médicaux et de réadaptation.

L'alinéa 6 ayant été maintenu, l'alinéa 13 doit également l'être.

Ma chère collègue, je vous prie de bien vouloir retirer votre amendement. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

Mme la présidente. Madame Apourceau-Poly, l'amendement n° 1199 est-il maintenu ?

Mme Cathy Apourceau-Poly. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 1199 est retiré.

L'amendement n° 483 rectifié, présenté par MM. Milon et Khalifé, Mme Deseyne, M. Sol, Mme Lassarade, M. Somon, Mme Micouleau, M. Burgoa et Mme Aeschlimann, est ainsi libellé :

Alinéas 26 et 28

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme Florence Lassarade.

Mme Florence Lassarade. Cet amendement de M. Milon a pour objet l'application de l'échelle tarifaire publique des groupements de coopération sanitaire (GCS).

Dans les petites villes, il est fréquent que les établissements publics et privés se partagent l'activité et constituent, pour ce faire, un GCS. Par exemple, l'hôpital fournit l'autorisation de médecine et la clinique l'autorisation de chirurgie.

Cette mise en commun permet de mutualiser des moyens et de maintenir une offre de soins dans des territoires en difficulté.

Par cet amendement, nous demandons la suppression des alinéas 26 et 28, de façon à maintenir la possibilité de recours à l'échelle publique pour les activités mutualisées au sein des GCS. Je précise qu'une telle mesure ne créerait pas de coût supplémentaire.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Les groupements de coopération sanitaire facilitent les collaborations entre le secteur public et le secteur privé, ainsi qu'entre la ville, l'hôpital et les acteurs du secteur médico-social, en mutualisant des moyens de toute nature, notamment les autorisations d'activité.

La possibilité de choisir l'échelle tarifaire applicable aux GCS exploitant les autorisations d'activité peut effectivement avoir des effets de bord financiers et conduire à des stratégies de détournement.

Toutefois, la décision finale de l'échelle tarifaire revient toujours au directeur général de l'ARS. Appliquer l'échelle tarifaire publique, plus avantageuse, peut être un moyen d'inciter les acteurs locaux à coopérer. Il me semble donc bon de ne pas exclure, par principe, cette possibilité. C'est pourquoi j'émets un avis favorable sur cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Madame la sénatrice, vous proposez de conserver la possibilité d'application de l'échelle tarifaire publique dans le cadre des GCS associant établissements publics et privés.

Il convient de favoriser cette coopération, au regard de l'état actuel de nos établissements et dans l'intérêt même des patients.

Cela étant, l'article 22 a précisément pour objectif de clarifier le cadre applicable aux GCS. Il précise que cette possibilité est réservée aux situations dans lesquelles les autorisations de soins sont mises en commun par au moins deux établissements membres. Dans le cadre d'une coopération effective entre établissements publics et privés, l'application de l'échelle tarifaire publique reste donc possible.

Cette mesure vise surtout à prévenir les contournements du cadre actuel, en évitant qu'un établissement ne bénéficie de l'échelle tarifaire alors qu'il exploite seul une activité confiée au GCS.

Pour toutes ces raisons, j'émets un avis défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 483 rectifié.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. L'amendement n° 464 rectifié, présenté par MM. Milon et Khalifé, Mme Deseyne, M. Sol, Mme Lassarade, M. Somon, Mme Micouleau, M. Burgoa et Mme Aeschlimann, est ainsi libellé :

Après l'alinéa 34

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

- En vue d'assurer un suivi de la réforme du financement des activités de psychiatrie par les régimes obligatoires d'assurance maladie, ainsi que de l'efficience de sa mise en œuvre concrète depuis 2023, un rapport est adressé au Parlement avant le 15 octobre 2026.

La parole est à Mme Florence Lassarade.

Mme Florence Lassarade. Cet amendement d'Alain Milon vise à demander la remise d'un rapport sur la psychiatrie...

Mme Raymonde Poncet Monge. Un rapport ?

Mme Florence Lassarade. Je sais quel sort est habituellement réservé à ce type d'amendement ! *(Sourires.)*

La santé mentale a été déclarée grande cause nationale de l'année 2025 par le Gouvernement. Or cette décision n'a pas été suivie d'effet quant à la mise en œuvre de la réforme du financement des activités de psychiatrie par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Depuis le début des années 2020, cette réforme a provoqué de multiples effets négatifs. La réponse aux besoins de santé de la population s'est dégradée. Tandis que l'ouverture des nouveaux lits et places depuis 2022 a été largement sous-financée, plusieurs centaines de millions d'euros ont été affectés à des établissements ayant procédé à la fermeture de lits et de places, en particulier via les modalités transitoires d'allocation de la dotation populationnelle.

La satisfaction des besoins en santé mentale s'en trouve naturellement affaiblie et l'allocation des ressources de l'assurance maladie se révèle largement inefficiente.

C'est d'autant plus vrai que les ressources des établissements de psychiatrie sont structurellement moins importantes que celles des autres établissements de santé. Le montant du forfait journalier en psychiatrie équivaut à 75 % de celui des autres champs d'activités de santé – 15 euros contre 20 euros.

Cette inégalité de traitement paraît injustifiable. Il convient d'analyser la situation en détail : nous demandons un rapport sur le bilan de la mise en œuvre de la réforme du financement des activités de psychiatrie par les régimes obligatoires de l'assurance maladie.

M. Olivier Henno. Bel exemple ! *(Sourires.)*

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Je ne dérogerai pas à la règle, même pour M. Milon ! *(Exclamations amusées sur les travées des groupes CRCE-K, SER et GEST.)*

Mme Cathy Apourceau-Poly. Nous voterons quand même cet amendement !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Vous êtes bien taquins, chers collègues ! *(Nouveaux sourires.)*

Pour autant, je reconnaiss la nécessité de suivre la réforme du financement des activités de psychiatrie engagée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

L'annexe 6 du PLFSS pour 2026 apporte quelques éléments sur ce sujet, mais de façon lacunaire.

En particulier, nous nous interrogeons sur la prolongation du mécanisme de sécurisation des recettes qui avait été prévu jusqu'en 2025 pour faciliter la transition vers le nouveau modèle de financement. Nous avons compris qu'il serait prolongé sous une forme légèrement adaptée jusqu'en 2028, mais peut-être, madame la ministre, pourrez-vous nous apporter quelques éléments de réponse complémentaires.

J'émetts néanmoins un avis défavorable sur cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Le mécanisme de sécurisation est bel et bien prolongé jusqu'en 2028.

La réforme du financement des activités de psychiatrie est entrée en vigueur en 2022 pour harmoniser les modalités de financement entre établissements, réduire les inégalités territoriales constatées et soutenir la nécessaire transformation de ce champ d'activité.

Je comprends l'interrogation des signataires de cet amendement : les établissements, qu'ils soient publics ou privés, ont le sentiment que cette réforme a entraîné une baisse du financement. En ce sens, un consensus semble se dégager. En tout état de cause, une sécurisation est prévue jusqu'en 2028.

J'émetts à mon tour un avis défavorable sur cette demande de rapport.

Mme la présidente. Madame Lassarade, l'amendement n° 464 rectifié est-il maintenu ?

Mme Florence Lassarade. Avec l'accord de son auteur, je retire cet amendement, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 464 rectifié est retiré.

Je mets aux voix l'article 22, modifié.

(*L'article 22 est adopté.*)

Après l'article 22

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 1216 rectifié est présenté par M. Gay, Mmes Apourceau-Poly, Brulin, Silvani et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky.

L'amendement n° 1585 rectifié *bis* est présenté par M. Jomier, Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, M. Fichet, Mmes Lubin, Poumirol, Rossignol et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 22

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le cinquième alinéa de l'article L. 6116-3 du code de la santé publique est complété par les mots : « de 2 % du chiffre d'affaires réalisé sur le champ des activités mentionnées à l'article L. 6111-1 ainsi qu'à l'article L. 6147-10 du présent code, déduction faite des investissements liés à ces activités et de la participation aux résultats telle que définie à l'article L. 3322-1 du code du travail. » ;

2° Après le sixième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les flux financiers vers des entités appartenant au même groupe ou à la même holding que l'établissement, ou vers des entités appartenant à une personne physique ou morale mentionnée au 1°, 2° et 3° de l'article L. 6116-1 directement ou indirectement gestionnaire de l'établissement, sont pris en compte dans l'appréciation de la surcompensation financière. L'Agence régionale de santé est compétente pour apprécier la conformité des dépenses mobilières et immobilières au regard des conditions contractuelles et tarifaires normalement pratiquées sur le marché et en modifier les montants dans son appréciation de la surcompensation lorsque celles-ci sont manifestement surévaluées. » ;

3° Après l'article L. 6116-3, il est inséré un article L. 6116-3... ainsi rédigé :

« Art. L. 6116-3... – En sus des dispositions de l'article L. 6116-3, lorsque plusieurs établissements de santé sont constitués de fait en groupe ou en holding privé à caractère lucratif, a fortiori lorsqu'une même personne physique ou une même personne morale mentionnées à l'article L. 6116-1 en est directement ou indirectement gestionnaire, ceux-ci doivent transmettre chaque année, au ministère de la Santé, les comptes consolidés sur l'ensemble du périmètre des établissements et entités, française ou étrangère, constituant le groupe ou la holding et concourant directement ou indirectement à la gestion des établissements, ou ayant un impact sur les dépenses liées aux activités mentionnées à l'article L. 6111-1 ainsi qu'à l'article L. 6147-10. Les dispositions de l'article L. 6116-3 sont applicables sur l'ensemble de ce périmètre.

« Les comptes distincts des établissements et des entités concourants directement ou indirectement à la gestion des établissements doivent être transmis avec les comptes consolidés.

« Les comptes consolidés doivent faire apparaître les flux financiers entre chacune des entités ainsi que leurs montants.

« L'appréciation de la surcompensation au titre des activités mentionnées à l'article L. 6111-1 ainsi qu'à l'article L. 6147-10 s'effectue établissement par établissement ainsi que sur l'ensemble du périmètre mentionné au paragraphe précédent.

« Un décret en Conseil d'État fixe les règles de calcul et d'application de la surcompensation et détermine les modalités de transmission des comptes et de répartition des charges et des produits entre les activités mentionnées à l'article L. 6111-1, ainsi qu'à l'article L. 6147-10 et les autres activités, les modalités de contrôle et de publicité, ainsi que le mécanisme de récupération. »

La parole est à Mme Céline Brulin, pour présenter l'amendement n° 1216 rectifié.

Mme Céline Brulin. Les dispositions de cet amendement s'inscrivent dans la continuité des travaux de la commission d'enquête sénatoriale, dont notre collègue Fabien Gay était rapporteur, sur l'utilisation des aides publiques aux grandes entreprises et à leurs sous-traitants. Elles vont dans le sens d'une plus grande transparence quant aux fonds publics attribués.

Dans ce cas précis, il s'agit de prendre en compte les dépenses mobilières et immobilières des groupes et des holdings dans le versement des aides publiques aux établissements. On constate en effet des manœuvres de contournement de groupes lucratifs visant à bénéficier d'aides publiques de manière complètement déconnectée de leurs besoins réels.

Mme la présidente. La parole est à M. Pierre-Alain Roiron, pour présenter l'amendement n° 1585 rectifié bis.

M. Pierre-Alain Roiron. La crise covid a imposé de nombreux dispositifs exceptionnels. Dans le secteur de la santé, durement sollicité à cette époque, le maintien des recettes a été décreté afin de garantir la pérennité des établissements, des opérateurs et des structures de santé.

Pour faire face aux besoins de santé exceptionnels de l'époque et au rattrapage nécessaire des soins non effectués pendant cette période, des aides financières ont été allouées à de nombreux opérateurs.

À la sortie de la crise, sur la base d'un bilan *a posteriori*, on a jugé que certaines aides avaient vocation à être rendues, pour revenir en crédit des recettes de santé. Dans le secteur lucratif, le mécanisme de retour des aides publiques non utilisées n'a pas fonctionné. Ainsi, pour les exercices 2022, 2023 et 2024, les traces de fonds alloués, mais non dépensés, ont été retrouvées, représentant ainsi un surplus dans les exercices comptables.

Dans le contexte budgétaire actuel, une transparence totale de l'utilisation des fonds publics est nécessaire afin de prévenir les dérives financières et de garantir la confiance de nos concitoyens. Si la financiarisation induit une efficience accrue et des niveaux de rentabilité élevés, il est indispensable que le régulateur public ait un droit de regard sur les gains, pour s'assurer qu'ils sont réinvestis dans le système de santé.

Ainsi, nous pourrons réorienter ces fonds vers des améliorations concrètes des services de santé.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. L'arsenal législatif et réglementaire permet déjà d'assurer un contrôle financier des établissements de santé privés. Ce n'est pas au ministère de contrôler les comptes de ces établissements, mais aux agences régionales de santé (ARS), à l'inspection générale des affaires sociales (Igas) et à la Cour des comptes, dans le cadre de leurs missions respectives.

Le Sénat a d'ailleurs introduit dans le projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes des dispositions destinées à répondre aux difficultés éprouvées par la Cour des comptes pour obtenir de certains établissements privés la communication des documents relatifs à leurs comptes. Les sanctions en cas d'entrave au droit de communication seront ainsi durcies.

C'est pourquoi la commission a émis un avis défavorable sur ces deux amendements identiques.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Nous entendons nous aussi améliorer la transparence. Nous avons d'ailleurs déjà débattu de ce sujet, notamment de la mise en place de la comptabilité analytique.

En outre, le bénéfice raisonnable pris en compte dans l'estimation de la surcompensation dépendra de plusieurs facteurs, notamment le cycle de vie et d'investissement de l'entreprise, ainsi que le territoire de santé. Fixer le montant de ce bénéfice de manière homogène à l'échelle nationale, sans analyse économique ou financière préalable, ne me paraît pas opportun.

J'émet donc un avis défavorable sur ces deux amendements identiques.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n° 1216 rectifié et 1585 rectifié bis.

(*Les amendements ne sont pas adoptés.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 816 rectifié bis, présenté par Mme Lermytte, M. Chasseing, Mme Bourcier, MM. Wattebled, V. Louault, Pellevat, Grand et Laménie, Mme L. Darcos, MM. Capus, A. Marc et Brault, Mmes Paoli-Gagin, Guidez et Antoine, MM. H. Leroy et Anglars et Mmes Saint-Pé et Aeschlimann, est ainsi libellé :

Après l'article 22

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

A la première phrase du premier alinéa de l'article L. 133-4-4 du code de la sécurité sociale, après le mot : « individuel », sont insérés les mots : « ou au sein d'un établissement de santé public, privé d'intérêt collectif ou privé ».

La parole est à M. Daniel Chasseing.

M. Daniel Chasseing. Dans son rapport d'octobre 2023, *Les Établissements de santé publics et privés, entre concurrence et complémentarité*, la Cour des comptes met au jour un problème structurel de double valorisation de l'activité libérale effectuée à l'hôpital pour une seule et même activité, reposant d'une part sur la valorisation pour l'hôpital de cette activité et, de l'autre, sur les honoraires liés à l'activité libérale réalisée.

Si cette double valorisation a été instaurée pour renforcer l'attractivité du secteur hospitalier public, elle contient, selon la Cour des comptes, « des dispositions propices aux abus, non contrôlées, de nature à fausser la concurrence entre établissements ». La suppression de la valorisation pour l'hôpital serait d'ailleurs une source directe d'économies pour la sécurité sociale.

L'article 86 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 généralise déjà la procédure de récupération des indus pour double facturation, en cas d'intervention de professionnels de santé libéraux dans l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux, lorsque la dotation de fonctionnement des structures inclut les soins assurés par ces professionnels.

Mme Lermytte propose d'étendre cette disposition aux établissements de santé.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Les modalités actuelles de tarification de l'activité libérale au sein des établissements publics de santé soulèvent en effet des difficultés.

Toutefois, dans le contexte actuel, le recouvrement de versements pour des prestations ayant pu faire l'objet d'une double valorisation serait très préjudiciable pour les établissements publics de santé. Il aggraverait encore la dégradation de leur situation financière et fragiliserait leur activité, ainsi que leur capacité de fidélisation du personnel médical.

Le vrai sujet, c'est la revalorisation des tarifs hospitaliers – j'aurai l'occasion d'y revenir au titre des articles suivants. Lorsque les établissements publics de santé ne souffriront plus d'un sous-financement structurel, nous pourrons engager une réforme de la tarification de l'activité libérale exercée en leur sein.

Je demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, l'avis sera défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Monsieur le sénateur, nous aurons l'occasion de débattre de ce sujet lors de l'examen de l'article 22 bis. En effet, nous avons limité à la radiothérapie la récupération d'indus établis dans le cadre d'interventions des professionnels libéraux en établissement de santé.

Je comprends votre objectif. Toutefois, compte tenu de l'impact de cette modification sur les établissements publics de santé, nous proposons, dans un premier temps, de nous concentrer sur cette seule spécialité. Le Gouvernement demande donc le retrait de cet amendement ; à défaut, l'avis sera défavorable.

Mme la présidente. Monsieur Chasseing, l'amendement n° 816 rectifié bis est-il maintenu ?

M. Daniel Chasseing. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 816 rectifié bis est retiré.

L'amendement n° 962 rectifié bis, présenté par MM. Buval et Théophile, Mme Nadille, MM. Iacovelli, Fouassin, Patient et Lemoyne, Mme Schillinger et MM. Buis et Rambaud, est ainsi libellé :

Après l'article 22

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le 1^o du II de l'article L. 162-22-3-1 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , en tenant compte des charges liées, notamment, à l'éloignement, à l'insalubrité, aux surcoûts dus aux contraintes géographiques ainsi qu'aux dépenses supplémentaires liées à la précarité sanitaire des populations ».

La parole est à M. Dominique Théophile.

M. Dominique Théophile. Cet amendement de mon collègue Frédéric Buval vise à inscrire une mention dans le code de la sécurité sociale pour prendre en compte les charges liées à l'éloignement, à l'insularité et aux surcoûts géographiques pour les établissements de santé d'outre-mer, afin de mieux répondre aux réalités financières et sanitaires locales.

Au regard de la situation financière des centres hospitaliers de Guadeloupe et de Martinique, il est évident que les coefficients géographiques ne sont plus adaptés à la réalité

des coûts locaux et qu'ils doivent être revalorisés. J'ai déjà évoqué ce sujet en défendant l'amendement n° 963 rectifié bis.

Madame la ministre, pourriez-vous réunir un groupe de travail associant les parlementaires et les représentants des fédérations hospitalières de ces territoires ?

Cette question, qui revient plusieurs fois chaque année, rejoint celle de la vie chère : nos hôpitaux ultramarins subissent de nombreux surcoûts – je pense notamment à l'achat de matériel. Il faut s'intéresser de près à ce déséquilibre. (Mme Catherine Conconne acquiesce.)

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Dans son esprit, cet amendement est satisfait par la législation en vigueur.

Les coefficients géographiques sont précisément conçus pour tenir compte des spécificités de certains territoires, notamment des besoins de santé et des charges supplémentaires que connaissent les établissements de santé ultramarins.

De plus, je le répète, le véritable sujet est la revalorisation des tarifs hospitaliers et des coefficients géographiques.

Mon cher collègue, je vous demande donc de retirer votre amendement ; à défaut, l'avis sera défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Dans l'ensemble, les coefficients géographiques ont été rehaussés en 2024 et en 2025. Toutefois, les territoires d'outre-mer présentent un certain nombre de spécificités. J'ai donc lancé un cycle de réunions au ministère, en associant évidemment les parlementaires.

Je sollicite le retrait de cet amendement. À défaut, j'émettrai un avis défavorable.

Mme la présidente. Monsieur Théophile, l'amendement n° 962 rectifié bis est-il maintenu ?

M. Dominique Théophile. Madame la ministre, vous avez peut-être convié les députés à ces réunions, mais pas les sénateurs...

Mme Stéphanie Rist, ministre. Si, monsieur Théophile !

M. Dominique Théophile. Dans ce cas, je serais heureux d'y participer : je vous rappelle que je siège à la commission des affaires sociales...

Je retire mon amendement, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 962 rectifié bis est retiré.

Je suis saisie de trois amendements identiques.

L'amendement n° 402 rectifié bis est présenté par Mmes Lassarade et Richer, MM. Panunzi et H. Leroy, Mme de La Provôté, MM. Lefevre et Naturel, Mme Malet, MM. Burgoa et Houpert, Mmes Gosselin et Aeschlimann, MM. Pointereau, D. Laurent, Anglars, Saury et Genet, Mmes Bonfanti-Dossat et Di Folco, M. de Nicolay, Mme Bourcier et MM. Duplomb et J.M. Boyer.

L'amendement n° 430 rectifié ter est présenté par M. Levi, Mme V. Boyer, M. Laugier, Mme Billon, MM. Kern, Menonville, Pillefer, Dhersin, Khalifé, Bonhomme et Chatillon, Mmes Guidez, Saint-Pé, Belrhiti, Romagny et Patru, MM. Fargeot, Klinger et Haye et Mmes Jacquemet et Dumont.

L'amendement n°486 rectifié *bis* est présenté par M. Milon, Mme Deseyne, MM. Sol et Somon et Mme Micouleau.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Après l'article 22

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L. 162-22-3-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-22-3-1-... ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22-3-1-* – À défaut de publication, avant le 1^{er} mars de l'année considérée, de l'arrêté fixant les tarifs et dotations applicables aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-3-1, les tarifs et dotations de l'année précédente demeurent applicables à titre provisoire jusqu'à la publication de ces nouveaux tarifs et dotations.

« L'assurance maladie procède, dès la publication de l'arrêté annuel, aux régularisations nécessaires pour tenir compte des nouveaux montants.

« Les établissements et les professionnels de santé exerçant à titre libéral en leur sein peuvent continuer à facturer et être rémunérés sur la base des tarifs provisoirement maintenus.

« Un décret précise, en tant que de besoin, les modalités d'application du présent article, notamment les conditions de régularisation comptable et de trésorerie. »

La parole est à Mme Florence Lassarade, pour présenter l'amendement n°402 rectifié *bis*.

Mme Florence Lassarade. Chaque année, les tarifs des prestations réalisées dans les établissements de santé privés sont fixés par arrêté ministériel. Toutefois, ce texte est fréquemment publié avec plusieurs semaines, voire plusieurs mois de retard. En résulte un décalage qui bloque la facturation des actes, retarde la rémunération des médecins libéraux exerçant en établissement et complique les remboursements pour les patients. Cette situation crée également des tensions de trésorerie pour les établissements.

Pour garantir la continuité financière et tarifaire du système, cet amendement tend à préciser que, tant que le nouvel arrêté tarifaire n'est pas publié, les tarifs de l'année précédente restent provisoirement applicables. L'assurance maladie procédera ensuite aux régularisations nécessaires, sans conséquence pour les praticiens ni pour les assurés.

Ce mécanisme, neutre d'un point de vue budgétaire, vise à éviter qu'un simple retard administratif ne bloque la facturation et la rémunération des soins, tout en assurant la continuité du service aux patients.

Mme la présidente. La parole est à M. Khalifé Khalifé, pour présenter l'amendement n°430 rectifié *ter*.

M. Khalifé Khalifé. Il est défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. La parole est à M. Laurent Somon, pour présenter l'amendement n°486 rectifié *bis*.

M. Laurent Somon. Défendu !

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Le retard de publication des tarifs hospitaliers nuit à la visibilité des établissements quant aux financements dont ils bénéficieront. En outre, il

met ces structures en difficulté, puisqu'il bloque la facturation des actes et met en tension la trésorerie, ce qui a des répercussions sur le paiement des sous-traitants et des fournisseurs. Dès lors, ces entreprises sont à leur tour en difficulté.

À compter de 2026, le Gouvernement s'est engagé à commencer l'année tarifaire au 1^{er} janvier. Mais cela ne signifie pas que les arrêtés ministériels de publication des tarifs seront bien publiés à cette date.

Les dispositions proposées ne s'appliqueraient que si les tarifs n'étaient toujours pas publiés au 1^{er} mars. Il s'agit, selon moi, d'une sage précaution, à même de réduire les tensions de trésorerie des établissements. Une régularisation sera toujours possible une fois les nouveaux tarifs publiés.

Je saisiss cette occasion pour rappeler qu'un protocole de financement pluriannuel est censé donner de la visibilité aux établissements de santé quant à leurs financements. Mais le nouveau protocole, qui doit couvrir la période 2025-2028, n'a toujours pas été signé.

La commission émet donc un avis favorable sur ces trois amendements identiques.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Cette discussion nous rappelle à quel point il est essentiel que nous adoptions un budget avant la fin de l'année. (*Marques d'approbation au banc des commissions.* – *Mme Sophie Primas s'exclame.*) Dans le cas contraire, je serai dans l'incapacité de proposer de nouveaux tarifs hospitaliers au 1^{er} janvier 2026.

J'ai commencé à travailler en ce sens, comme le Gouvernement s'y était engagé : il s'agit là d'un enjeu important pour l'organisation des établissements, qui ont besoin de prévisibilité.

C'est une des raisons pour lesquelles M. le Premier ministre a souhaité que le Gouvernement dépose, à l'Assemblée nationale, un amendement tendant à augmenter de 1 milliard d'euros l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam). Nous pourrons ainsi continuer nos travaux sur ces tarifs dans de meilleures conditions.

Cela étant, si nous n'avions pas de budget avant la fin de l'année, il faudrait procéder sur la base des tarifs de l'année précédente et chercher le delta pour émettre des factures : une telle méthode serait bien compliquée pour les établissements. J'émets donc un avis défavorable sur ces trois amendements identiques.

Mme la présidente. La parole est à M. Olivier Rietmann, pour explication de vote.

M. Olivier Rietmann. Mme la rapporteure a rappelé à quel point les dispositions de ces trois amendements identiques étaient importantes pour que les fournisseurs des hôpitaux soient payés en temps et en heure.

Ces derniers mois, j'ai mené de nombreuses auditions au nom de la délégation aux entreprises, à la suite desquelles j'ai déposé une proposition de loi visant à réduire les retards de paiement afin de lutter contre les défaillances d'entreprises.

Je pense en particulier aux plus petites d'entre elles. Au total, 70 % des retards de paiement qu'elles subissent sont imputables aux grandes entreprises, mais les 30 % restants viennent d'entités publiques, et il s'agit en majorité d'établissements hospitaliers. Ces derniers accumulent des retards considérables, pouvant dépasser 100 jours.

Or l'observatoire des délais de paiement le souligne dans un récent rapport : les retards de paiement augmentent le risque de défaillance des entreprises de 25 %. Lorsqu'on dépasse 60 jours de retard, ce risque atteint même 40 %.

En réalité, ces retards ne sont pas liés à une mauvaise volonté des hôpitaux, mais à un manque de trésorerie : les établissements n'ont pas l'argent nécessaire ! Les gestionnaires commencent par assurer la continuité des soins, en payant les soignants. Les entreprises viennent après, et elles en subissent les conséquences par des risques accrus de défaillance.

Je voterai donc ces trois amendements identiques des deux mains.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Stéphanie Rist, ministre. Je le confirme, ces retards de paiement créent parfois de graves problèmes pour l'économie locale. C'est précisément pourquoi, cette année, nous avons libéré une créance de 750 millions d'euros pour les établissements de santé.

Il faut éviter, autant que possible, de mettre les entreprises en difficulté.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 402 rectifié *bis*, 430 rectifié *ter* et 486 rectifié *bis*.

(*Les amendements sont adoptés.*)

Mme la présidente. En conséquence, un article additionnel ainsi rédigé est inséré dans le projet de loi, après l'article 22.

L'amendement n° 872 rectifié *bis*, présenté par Mmes Bourguignon, Saint-Pé et Patru, M. Dhersin et Mmes Sollogoub, Gacquerre, Antoine et Florennes, est ainsi libellé :

Après l'article 22

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de trois mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur les modalités d'application de l'article L. 133-4-4 du code de la sécurité sociale aux centres médico-psychologiques mentionnés à l'article L. 3221-1 du code de la santé publique, ainsi que sur ses conséquences juridiques, financières et organisationnelles.

Ce rapport examine notamment :

1° Les conditions actuelles de mise en œuvre par les organismes d'assurance maladie ainsi que leur éventuelle hétérogénéité territoriale ;

2° L'impact potentiel sur la continuité des prises en charge médicales, psychologiques et paramédicales assurées auprès des mineurs suivis dans ces structures ;

3° Les risques financiers pour les établissements assurant la mission de pédopsychiatrie de secteur ;

4° Les mesures législatives ou réglementaires susceptibles d'apporter une clarification durable du cadre applicable, en particulier en cas de prise en charge concomitante par un orthophoniste exerçant en secteur libéral.

La parole est à Mme Brigitte Bourguignon.

Mme Brigitte Bourguignon. Je sais que je vais avoir un succès fou en demandant, à mon tour, la remise d'un rapport. (*Sourires.*)

De l'aveu général, les centres médico-psychologiques (CMP) de pédopsychiatrie sont saturés. Il faut six, neuf, parfois douze mois d'attente pour accueillir des enfants présentant des troubles du langage, du neurodéveloppement ou de l'autisme.

Dans les faits, les équipes demandent souvent aux parents de compléter la prise en charge de leur enfant par des consultations avec un orthophoniste libéral, parce qu'elles n'ont pas les moyens de tout faire. Mais, de son côté, la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) conteste ces doubles prises en charge.

De cette injonction contradictoire résultent à la fois un risque de rupture de soins pour des enfants déjà en grande difficulté et une menace financière pour les CMP.

Nous ne demandons pas un rapport de plus. Nous exigeons un travail ciblé sur ce point précis : il faut recenser les pratiques des différentes caisses, mesurer l'impact sur le parcours des enfants et proposer une clarification juridique digne de ce nom.

Tant que ce cadre n'est pas établi, nous laissons planer l'insécurité sur les CMP, sur les orthophonistes et surtout sur les familles, qui nous alertent.

Le rapport que nous demandons est un minimum pour protéger ces enfants.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. L'amendement n° 1312 du Gouvernement, que nous avons adopté et dont les dispositions sont ainsi devenues article additionnel après l'article 21, tend lui aussi à traiter cette question.

Peut-être Mme la ministre va-t-elle revenir sur l'application aux centres médico-psychologiques des dispositions que vous mentionnez, et qui concernent les modalités de facturation des prestations assurées par les professionnels libéraux. Cela étant, la commission est défavorable à cette demande de rapport.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Madame la sénatrice, l'amendement n° 1312 ayant été adopté, je vous prie de bien vouloir retirer votre amendement. À défaut, l'avis sera défavorable.

Mme la présidente. Madame Bourguignon, l'amendement n° 872 rectifié *bis* est-il maintenu ?

Mme Brigitte Bourguignon. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 872 rectifié *bis* est retiré.

L'amendement n° 1200, présenté par M. Corbisez, Mmes Apourceau-Poly, Brulin, Silvani et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky, est ainsi libellé :

Après l'article 22

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, un rapport sur l'évolution de la tarification des soins critiques, incluant les activités de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue.

Ce rapport comporte une analyse des coûts réels de ces prises en charge, fondée sur des données consolidées issues des établissements de santé publics et privés, une évaluation de la soutenabilité du financement actuel par la tarification à l'activité, au regard des exigences médicales, organisationnelles et économiques propres aux soins critiques et des propositions d'évolution vers un modèle de financement mixte, combinant tarification à l'activité et dotation.

La parole est à Mme Silvana Silvani.

Mme Silvana Silvani. La réforme qui a instauré la tarification à l'activité comme mode de financement de l'hôpital public a eu des effets délétères. Elle a notamment conduit à la réorganisation des soins en fonction non pas des besoins, mais de la rémunération des actes.

Cette critique, nous l'avons formulée à de nombreuses reprises au Sénat. Les professionnels dressent le même constat, qu'il s'agisse des soignants, dépossédés de leur art, ou des administrations des hôpitaux, qui au fil des ans se sont transformées en vue de la quête des actes les plus rentables.

Ce qui vaut pour l'hôpital en général vaut en particulier pour les soins critiques : ce mode de financement n'y est pas adapté, en raison des moyens par nature imprévisibles qu'ils supposent.

Au-delà de ce que nous disent les professionnels, il est indispensable de faire évoluer le cadre de la tarification à l'activité sur des bases statistiques solides. Nous demandons ainsi un rapport qui nous permettra de rédiger le texte législatif qui s'impose.

Bien entendu, compte tenu du sort réservé aux demandes de rapport, cet amendement de M. Corbizez a d'abord pour objet d'alerter sur ce problème, pour inviter chacun à s'en saisir.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Nous déplorons également que la réforme du financement des soins critiques se fasse attendre. Les acteurs hospitaliers manquent, de ce fait, de lisibilité et de visibilité quant aux perspectives d'évolution dans ce domaine.

Plus que d'un rapport, nous avons besoin que l'ouvrage soit remis sur le métier. Nous souhaitons que le Gouvernement relance les travaux engagés.

Cette réforme devra par ailleurs s'articuler avec celle des autorisations d'activité de soins, qui posera la question du devenir des unités de soins critiques, dont la reconnaissance contractuelle est prorogée jusqu'en 2027.

Vous l'avez deviné, ma chère collègue, la commission sollicite le retrait de cet amendement. À défaut, elle émettra un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Les travaux avec les représentants de médecine intensive, de réanimation et d'anesthésie-réanimation sont déjà engagés. Nous proposerons une nouvelle architecture du financement des soins critiques en 2026, en prévoyant sa mise en œuvre à court terme.

Le Gouvernement émet donc également un avis défavorable sur cet amendement.

Mme la présidente. La parole est à Mme Silvana Silvani, pour explication de vote.

Mme Silvana Silvani. Je vous remercie de votre réponse, madame la ministre. Nous participerons volontiers à ces travaux : nous attendons votre invitation.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1200.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Article 22 bis (nouveau)

① I. – Le 1^e de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

② « Par exception au premier alinéa du présent article, la prestation relevant de l'activité de traitement du cancer par radiothérapie ne fait pas l'objet d'une valorisation par les établissements de santé mentionnés au *a* de l'article L. 162-22 lorsqu'elle est effectuée par un praticien hospitalier dans le cadre de son activité libérale dans les conditions définies à l'article L. 6154-1 du code la santé publique ; ».

③ II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2027.

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements identiques.

L'amendement n° 106 est présenté par M. Henno.

L'amendement n° 665 est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 1082 rectifié *bis* est présenté par MM. Daubet et Bilhac, Mme Briante Guillemont, M. Cabanel, Mmes M. Carrère et N. Delattre, MM. Fialaire, Gold et Grosvalet, Mme Guillotin, M. Guiol, Mme Jouve, MM. Laouedj et Masset, Mme Pantel, M. Roux et Mme Girardin.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Olivier Henno, pour présenter l'amendement n° 106.

M. Olivier Henno. L'article 22 *bis* met fin aux remboursements par l'assurance maladie des prestations hospitalières de radiothérapie lorsque l'examen est réalisé par un praticien hospitalier dans le cadre de son activité libérale et donne lieu au remboursement d'honoraires.

S'il faut poser la question de la double tarification, une telle réponse n'est à l'évidence pas la bonne. Mieux vaut laisser les travaux sur la réforme du financement de la radiothérapie se poursuivre.

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure, pour présenter l'amendement n° 665.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Il est défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour présenter l'amendement n° 1082 rectifié *bis*.

Mme Véronique Guillotin. Défendu !

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Le Gouvernement n'est pas favorable à la suppression de l'article 22 bis, qui concerne uniquement la radiothérapie. En revanche, il est favorable à la suppression de l'article 22 ter, qui va bien plus loin.

L'article 22 bis répond à la question du double financement des actes par l'assurance maladie et s'inscrit dans la réforme du financement de la radiothérapie. Il permet d'assurer la cohérence du cap tarifaire et surtout de renforcer la transparence des pratiques de facturation.

La date d'entrée en vigueur de la réforme, fixée au 1^{er} janvier 2027, laisse aux établissements concernés le temps nécessaire pour s'adapter.

L'adoption de ces trois amendements identiques reviendrait à faire perdurer une situation financière incohérente – l'assurance maladie paye ces médecins à deux reprises – qui ne peut que compliquer la réforme.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable sur ces amendements.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 106, 665 et 1082 rectifié bis.

(Les amendements sont adoptés.)

Mme la présidente. En conséquence, l'article 22 bis est supprimé.

Article 22 ter (nouveau)

- ① L'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Les modalités de facturation des actes des praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale et les catégories déterminées au 2^o du présent article tiennent compte des honoraires des praticiens et des moyens humains, notamment médicaux, mis en œuvre pour la prise en charge des patients dans les établissements mentionnés au a de l'article L. 162-22. »

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements identiques.

L'amendement n° 107 est présenté par M. Henno.

L'amendement n° 666 est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 1083 rectifié bis est présenté par MM. Daubet et Bilhac, Mme Briante Guillement, M. Cabanel, Mmes M. Carrère et N. Delattre, MM. Fialaire, Gold et Grosvalet, Mme Guillotin, M. Guiol, Mme Jouve, M. Masset, Mme Pantel et M. Roux.

Ces trois amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Olivier Henno, pour présenter l'amendement n° 107.

M. Olivier Henno. Il est défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure, pour présenter l'amendement n° 666.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. L'article 22 ter permet de réduire le remboursement des tarifs hospitaliers en cas de dépassement d'honoraires par des praticiens hospitaliers exerçant à titre libéral.

Une telle mesure ne pourrait conduire qu'à dégrader la situation financière déjà difficile des établissements publics de santé. L'augmentation des tarifs hospitaliers publics doit au contraire constituer un préalable à toute révision de leur valorisation en cas d'activité libérale des praticiens hospitaliers.

En outre, la révision de la tarification de l'activité libérale fragiliserait l'attractivité et la capacité de fidélisation du personnel médical des hôpitaux publics, lesquels font d'ores et déjà face à des difficultés de recrutement, en raison des rémunérations plus attractives pratiquées par le secteur privé. Toute révision devra donc s'accompagner de mesures d'accompagnement.

La commission propose de supprimer cet article. Elle sera prête à travailler ce sujet lorsque le Gouvernement garantira aux hôpitaux publics un financement à la hauteur de leurs charges et de l'accroissement des besoins de santé.

Mme la présidente. La parole est à M. Raphaël Daubet, pour présenter l'amendement n° 1083 rectifié bis.

M. Raphaël Daubet. Défendu !

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 107, 666 et 1083 rectifié bis.

(Les amendements sont adoptés.)

Mme la présidente. En conséquence, l'article 22 ter est supprimé et les amendements identiques n°s 254 rectifié ter, 364 rectifié ter et 1665 rectifié ter n'ont plus d'objet.

Article 23 (Supprimé)

Mme la présidente. Je suis saisie de trois amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 224 rectifié, présenté par MM. Iacovelli et Lévrier, Mme Nadille, MM. Théophile, Patriat, Buis et Buval, Mmes Cazebonne et Duranton, M. Fouassin, Mme Havet, MM. Kulimoetoke, Lemoyne, Mohamed Soilihi et Patient, Mme Phinera-Horth, MM. Rambaud et Rohfritsch, Mme Schillinger et les membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants, est ainsi libellé :

Rétablissement cet article dans la rédaction suivante :

Au 4^o du I de l'article 4 de l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique, la date : « 1^{er} janvier 2026 » est remplacée par la date : « 1^{er} juillet 2027 ».

La parole est à M. Jean-Baptiste Lemoyne.

M. Jean-Baptiste Lemoyne. La mise en place d'une complémentaire santé pour les agents de la fonction publique hospitalière était initialement prévue pour le 1^{er} janvier 2026. Ce calendrier ne pouvant pas être respecté, le Gouvernement a proposé de reporter l'échéance au 1^{er} janvier 2028.

Par cet amendement, nous suggérons d'avancer la date au 1^{er} juillet 2027, car nous pensons qu'il est possible de faire aboutir les négociations d'ici là.

Mme la présidente. Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 184 rectifié est présenté par MM. Iacovelli et Lévrier, Mme Nadille, MM. Théophile, Patriat, Buis et Buval, Mmes Cazebonne et Duranton, M. Fouassin, Mme Havet, MM. Kulimoetoke, Lemoyne, Mohamed Soilihi et Patient, Mme Phinera-Horth, MM. Rambaud et Rohfritsch, Mme Schillinger et les membres du groupe Rassemblement des démocrates, progressistes et indépendants.

L'amendement n° 667 est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Rétablissement cet article dans la rédaction suivante :

Au 4^e du I de l'article 4 de l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique, la date : « 1^{er} janvier 2026 » est remplacée par la date : « 1^{er} janvier 2027 ».

La parole est à M. Jean-Baptiste Lemoyne, pour présenter l'amendement n° 184 rectifié.

M. Jean-Baptiste Lemoyne. Avec cet amendement de repli, nous proposons la date du 1^{er} janvier 2027.

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure, pour présenter l'amendement n° 667.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La commission privilégie la date du 1^{er} janvier 2027. Elle émet donc un avis défavorable sur l'amendement n° 224 rectifié.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Le Gouvernement est favorable à l'amendement n° 224 rectifié, qui tend à fixer le début de la réforme au 1^{er} juillet 2027.

Mon collègue David Amiel et moi-même lancerons, dans les prochains jours, des concertations avec les organismes sociaux. La date du 1^{er} janvier 2027 nous semble trop rapprochée. Le Gouvernement s'en remet donc à la sagesse du Sénat sur les amendements identiques n° 184 rectifié et 667.

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La date du 1^{er} janvier 2026 est à l'évidence impossible à tenir.

Notre proposition de repousser l'entrée en vigueur de la mesure au 1^{er} janvier 2027 et non au 1^{er} janvier 2028, comme le Gouvernement le souhaitait initialement, a été plutôt bien accueillie par les services du ministère.

Si nous ne pouvions pas tenir ces délais, nous pourrions repousser le délai de six mois supplémentaires *via* la prochaine loi de financement de la sécurité sociale. Nous avons proposé cette date, car il s'agit selon nous d'un bon compromis.

M. Olivier Rietmann. Qui peut le plus peut le moins !

Mme la présidente. Monsieur Jean-Baptiste Lemoyne, l'amendement n° 224 rectifié est-il maintenu ?

M. Jean-Baptiste Lemoyne. Non, je le retire, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 224 rectifié est retiré.

La parole est à Mme Annie Le Houerou, pour explication de vote.

Mme Annie Le Houerou. Cet article reporte l'entrée en vigueur du financement de la protection sociale complémentaire pour les agents de la fonction publique hospitalière.

Les négociations sont nécessaires, mais nous souhaitons que cette réforme soit mise en œuvre le plus rapidement possible. Nous sommes donc favorables à l'échéance de janvier 2027 plutôt qu'à celle de juillet 2027.

Nous regrettons que cette réforme, attendue par les personnels de la fonction publique hospitalière, n'ait pas pu entrer en vigueur plus tôt.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n° 184 rectifié et 667.

(*Les amendements sont adoptés.*)

Mme la présidente. En conséquence, l'article 23 est rétabli dans cette rédaction.

Article 24

- ① I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :
- ② 1^o Après l'article L. 162-1-7, il est inséré un article L. 162-1-7-1 A ainsi rédigé :
- ③ « *Art. L. 162-1-7-1 A.* – Par dérogation à la procédure prévue aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1, la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des activités de traitement du cancer par radiothérapie est assurée par des forfaits déterminés en fonction de la nature de la prise en charge, des techniques utilisées et des caractéristiques des patients. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale inscrit ces forfaits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 et en fixe le tarif. » ;
- ④ 2^o Le second alinéa du III de l'article L. 162-1-9-1 est ainsi rédigé :
- ⑤ « Les rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement des équipements matériels lourds sont décidées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avoir recueilli l'avis mentionné au premier alinéa du présent III. » ;
- ⑥ 3^o Le 26^e de l'article L. 162-5 est abrogé ;
- ⑦ 4^o Après l'article L. 162-14-5, il est inséré un article L. 162-14-6 ainsi rédigé :
- ⑧ « *Art. L. 162-14-6.* – I. – Lorsqu'il est constaté, au regard de l'évaluation mentionnée au II, que le niveau de rentabilité d'un secteur, d'un acte, d'une prestation ou d'un produit de l'offre de soins est manifestement disproportionné par rapport à celui des autres secteurs, actes, prestations et produits de l'offre de soins dont les besoins d'investissement sont comparables, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale demandent au directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie d'engager des négociations en vue de la conclusion d'un avenant permettant une baisse des tarifs, pour un montant qu'ils déterminent, et l'habiliter à y procéder, le cas échéant, dans les conditions prévues au présent I, de manière unilatérale.
- ⑨ « Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie engage ces négociations dans un délai d'un mois à compter de la réception de la demande mentionnée au premier alinéa du présent I. À défaut de conclusion, selon les modalités prévues au présent chapitre, d'un avenant dans un délai fixé par cette décision, il procède aux baisses des tarifs, après avoir motivé sa décision au regard des échanges intervenus au cours des négociations.

- ⑩ « Les montants des baisses des tarifs sont fixés afin de permettre une convergence du niveau de rentabilité du secteur, de l'acte, de la prestation ou du produit concerné avec celui des autres secteurs, actes, prestations et produits de l'offre de soins comparables en termes d'activité et d'investissement.
- ⑪ « II. – Pour l'application du présent article, le niveau de rentabilité est évalué à partir de la rentabilité économique des secteurs, actes, prestations et produits concernés, déterminée au regard des données comptables et statistiques pertinentes. Les critères, la périodicité et les modalités de cette évaluation, qui peut être effectuée à partir d'un échantillon représentatif, sont précisés par voie réglementaire.
- ⑫ « Les évaluations sont rendues publiques.
- ⑬ « Pour l'application du présent article dans les collectivités mentionnées à l'article 73 de la Constitution, il est tenu compte, pour l'évaluation du niveau de rentabilité et pour la fixation des montants des baisses de tarifs, d'un coefficient territorial spécifique reflétant les surcoûts d'installation, d'exploitation et de fonctionnement propres à ces territoires. Ce coefficient est déterminé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'outre-mer, après avis des représentants des organismes locaux d'assurance maladie et des professionnels concernés.
- ⑭ « Les personnes mentionnées au 3° du I de l'article L. 114-17-1 sont tenues de communiquer les informations nécessaires à l'évaluation prévue au premier alinéa du présent II.
- ⑮ « Lorsqu'une personne physique ou morale refuse de transmettre les informations demandées sur le fondement du présent II, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut, après que la personne concernée a été mise en mesure de présenter ses observations, lui infliger une pénalité financière au plus égale à 1 % du montant des honoraires qui lui ont été versés par l'assurance maladie pendant les douze mois précédant le refus de transmission.
- ⑯ « La pénalité est recouvrée par l'organisme d'assurance maladie compétent. Les huitième et avant-dernier alinéas du I de l'article L. 114-17-2 sont applicables à son recouvrement. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.
- ⑰ « III. – Les modalités d'application du présent article, notamment la nature des informations mentionnées au deuxième alinéa du II et les modalités de leur communication, sont déterminées par décret en Conseil d'État. »
- ⑱ II. – Le 1° du I du présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2027.
- ⑲ Toutefois, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder, dans un délai de trois semaines à compter de la promulgation de la présente loi, à la fixation des tarifs des actes de traitement du cancer par radiothérapie, afin de réaliser un montant d'économies de 100 millions d'euros au cours de l'année 2026. Cette décision est transmise aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elle est réputée approuvée en l'absence d'opposition motivée de ces ministres dans un délai de vingt et un jours à compter de cette transmission.

⑳ III. – Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie engage, dans un délai d'un mois à compter de la promulgation de la présente loi, des négociations conventionnelles en vue de déterminer les modalités de rémunération des actes des néphrologues libéraux pour permettre de rapprocher les tarifs de ces actes de ceux résultant des modalités de financement de la prise en charge des traitements de la maladie rénale chronique par épuration extrarénale prévues à l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale et de réaliser un montant d'économies d'au moins 20 millions d'euros au cours de l'année 2026. Il engage, dans les mêmes délais, des négociations conventionnelles en vue de déterminer les modalités de rémunération des actes de biologie, de radiologie, de radiothérapie, de médecine nucléaire et d'anatomopathologie afin de réaliser un montant total d'économies d'au moins 100 millions d'euros au cours de l'année 2026.

㉑ En l'absence de conclusion d'un tel avenant dans un délai de deux mois à compter de l'ouverture de ces négociations, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder, dans un délai de quinze jours, à la fixation du tarif des actes concernés des néphrologues afin de permettre le rapprochement et le montant d'économies mentionnés au premier alinéa du présent III.

Mme la présidente. La parole est à M. Khalifé Khalifé, sur l'article.

M. Khalifé Khalifé. Je me réjouis des améliorations apportées par la commission des affaires sociales à l'article 24. Toutefois, je regrette qu'elle n'ait pas adopté un amendement qui visait à éclairer la prise de décision en demandant que le Gouvernement remette au Parlement une étude d'impact populationnelle, région par région, territoires ultramarins inclus, relative aux délais d'accès des assurés sociaux aux examens d'imagerie médicale, tous équipements confondus.

Une telle étude aurait permis de renforcer la connaissance et la planification de l'offre d'imagerie sur tout le territoire, pour améliorer l'accès aux soins et mieux maîtriser les dépenses d'assurance maladie.

Nous le savons, les imageries médicales – il y en a de plusieurs sortes – sont l'un des piliers de l'offre de soins. Elles constituent un maillon essentiel du parcours de soins. (*M. Louis-Jean de Nicolay le confirme.*) Elles sont aussi un poste de dépense significatif pour la branche maladie. Or les délais d'accès présentent de fortes disparités régionales, entraînant parfois des pertes de chance pour les patients et perturbant le parcours de soins.

France Assos Santé recommandait, dans un rapport relatif au plan Cancer 2014-2019, de ne pas dépasser vingt jours d'attente. Aujourd'hui, les délais ont considérablement augmenté. Selon la Cour des comptes, ils seraient désormais en moyenne de trente-deux jours, avec toujours une forte disparité régionale.

Quelle est la position du Gouvernement sur ce sujet? Même si nous faisons notre l'objectif de réduction de la dépense publique en matière de santé, l'on ne saurait procéder à l'aveugle, par un simple coup de rabot.

Mme la présidente. La parole est à Mme Anne Souyris, sur l'article.

Mme Anne Souyris. Madame la ministre, nous nous sommes d'abord réjouis que le PLFSS aborde enfin, à son article 24, la question de la financiarisation de la santé.

Mme Stéphanie Rist, ministre. Oui !

Mme Anne Souyris. Quel dommage de constater que cet article se limite à une seule mesure ! Beaucoup d'autres leviers existent – je le démontrerai en déposant une proposition de loi sur ce sujet dans quelques semaines.

Pour l'heure, votre réponse à cette question guidera mon vote sur cet amendement comme sur ceux que la commission a déposés à cet article : quelles mesures comptez-vous prendre pour garantir l'accès aux soins si des baisses unilatérales de tarifs devaient entraîner une sortie massive des professionnels de l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam) ?

Mme la présidente. Je suis saisie de cinq amendements identiques.

L'amendement n°194 rectifié *bis* est présenté par Mmes Lassarade et Richer, MM. Panunzi, Bonhomme et H. Leroy, Mme de La Provôté, M. Lefèvre, Mme Malet, MM. Burgoa et Houpert, Mme Aeschlimann, MM. Piednoir, Pointereau et D. Laurent, Mme Joseph, MM. Anglars, Cambon, Saury et Genet, Mmes Bonfanti-Dossat et Di Folco, M. de Nicolaï, Mmes Borchio Fontimp et Lermytte et MM. Duplomb et J.M. Boyer.

L'amendement n°240 rectifié *ter* est présenté par Mme Devésa, M. Dhersin, Mme Sollogoub et MM. Henno, Courtial, Parigi et Haye.

L'amendement n°263 rectifié *quater* est présenté par M. Milon, Mme Deseyne, MM. Sol et Somon et Mmes Micouleau et F. Gerbaud.

L'amendement n°431 rectifié *ter* est présenté par M. Levi, Mme V. Boyer, M. Laugier, Mme Billon, MM. Kern, Menonville et Chatillon, Mmes Belrhiti et Patru, MM. Fargeot et Klinger et Mmes Jacquemet et Dumont.

L'amendement n°571 est présenté par M. Khalifé.

Ces cinq amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme Florence Lassarade, pour présenter l'amendement n°194 rectifié *bis*.

Mme Florence Lassarade. L'article 24 marque une remise en cause profonde de la médecine libérale, car il fragilise la négociation conventionnelle et l'équilibre du dialogue entre les professionnels de santé et l'assurance maladie.

Inspiré d'une proposition figurant dans le rapport *Charges et produits* pour 2026 de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), cet article cible six spécialités pour de prétendues « rentes ». Pis, il ouvre la voie à une généralisation du dispositif à l'ensemble des professions et établissements de soins, alors même que les tarifs des actes médicaux sont largement sous-évalués en France.

Concrètement, l'article 24 réduit la place des représentants des professionnels de santé à un simple rôle d'approbation, car il les prive de toute réelle capacité de négociation avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam).

Cette mesure est contre-productive : une telle politique de revenus coercitive, contraire à l'esprit de la médecine libérale, met en péril l'équilibre économique et l'attractivité de l'offre de soins tout entière. Les conséquences seraient lourdes pour

les patients – affaiblissement du maillage territorial, frein à l'investissement et à l'innovation, allongement des délais de prise en charge et, *in fine*, perte de chance.

Des baisses tarifaires généralisées déstabiliseraient par ailleurs l'ensemble de la filière santé, y compris des secteurs essentiels comme la cancérologie, la radiologie ou la biologie médicale, qui ont besoin de stabilité et de visibilité pour investir.

Bien sûr, nous cherchons tous des pistes d'économies afin de renforcer l'efficience des dépenses de santé. Mais la priorité devrait être la pertinence des prises en charge et la coordination des parcours de soins, qui suppose une relation de coopération et de confiance entre l'assurance maladie et les soignants.

Les syndicats représentatifs des médecins spécialistes, comme la fédération nationale des médecins radiologues (FNMR) et le syndicat des biologistes (SDBIO), appellent à la reprise des négociations. Pour restaurer la confiance, préserver le partenariat et garantir les principes conventionnels, la suppression de l'article 24 est indispensable.

Mme la présidente. La parole est à Mme Brigitte Devésa, pour présenter l'amendement n°240 rectifié *ter*.

Mme Brigitte Devésa. Je n'ai qu'un mot à dire, madame la présidente : défendu ! (*Sourires.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Jean Sol, pour présenter l'amendement n°263 rectifié *quater*.

M. Jean Sol. Il est également défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. La parole est à M. Daniel Fargeot, pour présenter l'amendement n°431 rectifié *ter*.

M. Daniel Fargeot. Défendu !

Mme la présidente. La parole est à M. Khalifé Khalifé, pour présenter l'amendement n°571.

M. Khalifé Khalifé. Nous dénonçons là un phénomène particulièrement préoccupant : la financiarisation, qui frappe tout spécialement les spécialités dont traite cet article.

N'aggravons pas la situation en affaiblissant les structures libérales classiques. Ces dernières risquent de jeter l'éponge et d'être remplacées par de grands groupes financiers, lesquels récupéreraient à la fois les médecins et les autorisations d'activité de soins. Ils obtiendraient dès lors le monopole, et nous aurions tout perdu.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Mes chers collègues, tout comme vous, je récuse le terme de « rente », employé au sujet de cet article du PLFSS, qui trahit un manque de considération envers les professionnels de santé.

Pour autant, la commission émet un avis défavorable sur ces amendements identiques de suppression. En effet, s'il apparaît légitime que le régulateur tienne compte, dans la négociation des tarifs, des gains de productivité et des taux de marge, une politique unilatérale de baisse des prix fondée uniquement sur la rentabilité serait contre-productive.

Comme le souligne M. Khalifé, la politique des coups de rabot peut favoriser le rachat de structures indépendantes par de grands groupes, seuls à même de supporter la modération tarifaire. Toutes les mesures de régulation conduisent à la concentration des structures et favorisent la financiarisation.

Il est nécessaire de rappeler notre attachement à la négociation conventionnelle, qui fixe les tarifs applicables aux professionnels libéraux. Plutôt que de supprimer cet article, la commission a souhaité supprimer la possibilité pour le directeur de l'Uncam de procéder à des baisses de tarifs unilatérales.

M. Olivier Rietmann. Bravo !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La commission soutient en revanche la création d'un observatoire de la rentabilité, dont les conclusions seront publiques. Grâce aux travaux de cette instance, nous pourrons mieux appréhender la réalité économique des différents secteurs et lutter contre les abus sans jeter l'opprobre sur toute une profession.

Enfin, cet article ouvre la voie à la réforme du financement de la radiothérapie en ville, que souhaitent les professionnels et qu'il est important d'adopter.

Pour ces raisons, je vous demande de bien vouloir retirer ces amendements de suppression. À défaut, la commission émettra un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Il me semble très important de ne pas supprimer cet article : nous ne pouvons pas dénoncer la financiarisation et, en même temps, laisser filer les rentes.

M. Laurent Somon. Ce ne sont pas des rentes !

Mme Stéphanie Rist, ministre. L'article 24 porte sur les rentes excessives. Je ne cherche à stigmatiser aucun secteur ou aucun acteur ; mais il s'agit de secteurs dont la rentabilité est deux fois plus élevée que celle des entreprises marchandes, avec des taux situés entre 20 % et 30 %. Nous proposons de les regarder à la loupe, à l'aide d'un observatoire au sein duquel les syndicats professionnels interviendront pour examiner eux-mêmes la rentabilité, en fonction des secteurs et des types d'acteurs, en faisant en particulier attention aux grands groupes.

S'il apparaît clairement que certains secteurs bénéficient d'une rentabilité excessive, des négociations s'ouvriront entre les professionnels et la Cnam afin de prendre les mesures correctrices qui s'imposent. Et si les négociations n'aboutissent pas, le directeur de la Cnam pourra prendre la responsabilité de baisser les tarifs.

Il s'agit d'une mesure très concrète de lutte contre la financiarisation. Certains redoutent qu'elle ne soit contre-productive. À ce titre, l'inspection générale des affaires sociales (Igas) et l'inspection générale des finances (IGF) ont rendu en juillet dernier un rapport sur la baisse des tarifs de biologie. Ce travail souligne que les plus petites structures sont, en réalité, celles qui résistent le mieux à une baisse des tarifs. Celles qui sont rattachées à des groupes sont plus en difficulté, parfois au point de devoir fermer. Nous pouvons donc être rassurés à cet égard.

Il ne s'agit pas de stigmatiser : il s'agit de regarder, avec les professionnels eux-mêmes, les secteurs où les rentes sont excessives – j'y insiste, les taux sont très élevés, de l'ordre de 25 % ou de 30 % – et d'engager des négociations qui permettront, je l'espère, d'assurer une régulation.

Le Gouvernement émet donc un avis très défavorable sur ces amendements de suppression.

Mme la présidente. La parole est à Mme Micheline Jacques, pour explication de vote.

Mme Micheline Jacques. Madame la ministre, je suis rassurée de vous entendre affirmer qu'il faut travailler territoire par territoire et secteur par secteur. (*Mme la ministre le confirme.*)

Il faudra faire très attention : dans de petits territoires ultramarins isolés comme Saint-Barthélemy, la réforme de la tarification des laboratoires de prélèvement d'analyses médicales s'est révélée très lourde de conséquences.

Nous avons reculé de vingt-cinq ans. Notre laboratoire, qui fait pourtant partie des petites structures que vous mentionnez, n'a pas pu supporter plus longtemps les coûts liés aux analyses. De fait, il a dû être racheté par un grand groupe. Il est devenu un simple pôle de prélèvement à partir duquel les échantillons partent être analysés en Guadeloupe. Les résultats arrivent une semaine plus tard, ce qui est extrêmement dommageable pour les habitants de Saint-Barthélemy.

Mme Sophie Primas. C'est sûr !

Mme Micheline Jacques. Je songe également à un scanner, offert à la collectivité et refusé dans un premier temps au motif que son utilisation aurait été déficitaire de 50 000 euros. La collectivité s'est alors engagée dans un partenariat public-privé et, depuis lors, cet équipement n'a jamais été déficitaire. Il a même permis à la sécurité sociale de réaliser des économies : les habitants de Saint-Barthélemy n'ont plus besoin de prendre l'avion pour aller à Saint-Martin faire un simple scanner, ce qui impliquait d'importants surcoûts.

Il faudra donc faire un travail de dentelle en se montrant très attentif à ces questions. Comme nous le disions au sujet de l'amendement de M. Buval, nous devons travailler territoire par territoire.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 194 rectifié bis, 240 rectifié ter, 263 rectifié quater, 431 rectifié ter et 571.

(*Les amendements ne sont pas adoptés.*)

Mme la présidente. Je suis saisie de treize amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 669, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéas 4 à 6

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Cet amendement vise à supprimer la dérogation au principe conventionnel ouverte par cet article quant aux modalités de détermination du prix des forfaits techniques en imagerie.

Les baisses de tarifs déjà décidées par le directeur de l'Uncam en octobre 2025, à la suite de l'échec de la négociation conventionnelle ouverte en application de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, constituent une première étape nécessaire dans l'objectif de maîtrise des dépenses du secteur.

Les professionnels du secteur de l'imagerie doivent désormais tirer les conséquences de ces décisions avant qu'il ne soit procédé à de nouvelles modifications des conditions de tarification. La commission propose donc la suppression des nouvelles modalités de fixation des prix des forfaits techniques.

Mme la présidente. L'amendement n° 474 rectifié, présenté par MM. Milon et Khalifé, Mme Deseyne, M. Sol, Mme Lassarade, M. Somon, Mme Micouleau, M. Burgoa et Mme Aeschlimann, est ainsi libellé :

I. – Alinéas 4 et 5

Remplacer ces alinéas par un alinéa ainsi rédigé :

Le second alinéa du III de l'article L. 162-1-9-1 est complété par une phrase ainsi rédigée : « La classification et les rémunérations prévues dans le cadre de la convention sont fondées sur les travaux du Haut Conseil des nomenclatures. »

II. – Alinéas 8 à 15

Remplacer ces alinéas par deux alinéas ainsi rédigés :

« *Art. L. 162-14-6. – I. –* Lorsque des études font apparaître une décorrélation importante entre les tarifs et le coût d'un acte, d'une prestation ou d'un produit de l'offre de soins, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie engage des négociations en vue de conclure un avenant permettant une baisse de tarifs. Le niveau de cette baisse est négocié sur la base des travaux menés par le Haut conseil des nomenclatures. À défaut d'accord, il est fait application des dispositions prévues par l'article L. 162-14-2.

« Les modalités d'ouverture de cette négociation comme les délais dans lesquels elle est menée sont précisées par décret. »

IV. – Alinéas 17, 18 et 19

Supprimer ces alinéas.

La parole est à M. Jean Sol.

M. Jean Sol. La sécurité sociale repose sur un principe fondateur de paritarisme et de négociation, qui garantit la légitimité et l'efficacité de la régulation des relations entre les professionnels de santé et l'assurance maladie.

Dans ce cadre, la convention médicale constitue un instrument essentiel de dialogue, permettant d'adapter le système de soins aux évolutions médicales, économiques et sociales.

En autorisant des baisses de tarifs unilatérales, on s'écarterait de logique partenariale. Une telle approche risquerait de fragiliser le lien conventionnel, alors que c'est par la concertation que peuvent être définies les transformations structurales nécessaires à l'amélioration de la prise en charge des patients et à la promotion de l'efficience du système de santé.

Cet amendement vise à réaffirmer la primauté du cadre conventionnel et à garantir que toute révision tarifaire s'appuie sur une évaluation objective et commune des coûts comme des pratiques.

Le Haut Conseil des nomenclatures est reconnu comme une référence scientifique et méthodologique dans la construction des classifications et des rémunérations. En réservant explicitement à cette instance un rôle au cœur du processus, nous voulons renforcer la transparence, la cohérence et la légitimité des décisions tarifaires tout en préservant l'équilibre entre les impératifs de soutenabilité financière et les conditions nécessaires à la qualité des soins.

Mme la présidente. Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 670 est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 1522 rectifié *bis* est présenté par Mme Guillotin, MM. Bilhac, Cabanel et Daubet, Mme N. Delattre, MM. Fialaire et Guiol et Mmes Jouve et Girardin.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

I. – Alinéas 8 à 10

Remplacer ces alinéas par un alinéa ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-14-6. – I. –* La Caisse nationale d'assurance maladie évalue le niveau de rentabilité des secteurs, actes, prestations et produits de l'offre de soins. Elle s'attache particulièrement à déterminer si le niveau de rentabilité d'un secteur, d'un acte, d'une prestation ou d'un produit de l'offre de soins est manifestement disproportionné par rapport à celui des autres secteurs, actes, prestations et produits de l'offre de soins dont l'activité et les besoins d'investissement sont comparables.

II. – Alinéa 11

1^o Première phrase

Supprimer les mots :

Pour l'application du présent article,

2^o Après la première phrase

Insérer une phrase ainsi rédigée :

Les organisations représentatives des professions concernées sont associées aux évaluations mentionnées au I.

III. – Alinéa 17

Remplacer le mot :

deuxième

par le mot :

premier

La parole est à Mme la rapporteure, pour présenter l'amendement n° 670.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Le dispositif de cet amendement justifie l'avis défavorable que j'ai émis précédemment sur les amendements de suppression de l'article.

Il s'agit en effet de supprimer la possibilité pour le directeur de l'Uncam de baisser unilatéralement les tarifs des actes et prestations en cas de rentabilité excessive d'un secteur. En revanche, nous proposons de conserver et de renforcer la mise en œuvre d'un mécanisme d'identification de ces situations, en y associant les professionnels, qui sont les premiers concernés.

La commission souhaite réitérer son attachement à la négociation conventionnelle. À titre d'exemple, dans le secteur de la biologie, les protocoles signés entre les partenaires conventionnels au cours des dix dernières années se sont révélés efficaces pour maîtriser les dépenses de biologie médicale.

Mme la présidente. La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour présenter l'amendement n° 1522 rectifié *bis*.

Mme Véronique Guillotin. Il est défendu, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 261 rectifié *ter*, présenté par MM. Milon et Khalifé, Mme Deseyne, M. Sol, Mme Lassarade, M. Somon, Mme Micouleau, M. Burgoa et Mmes Aeschlimann et F. Gerbaud, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 8

Supprimer les mots :

, et l'habitent à y procéder, le cas échéant, dans les conditions prévues au présent I, de manière unilatérale

II. – Alinéa 9, seconde phrase

Supprimer cette phrase.

La parole est à Mme Florence Lassarade.

Mme Florence Lassarade. L'article 24 représente une attaque majeure contre la médecine libérale, car il remet en cause la négociation équitable et la convention médicale. Son principe, inspiré par le rapport *Charges et produits* de la Cnam, cible initialement six spécialités bénéficiant de prétendues « rentes », mais pourrait s'étendre à l'ensemble des professionnels et des établissements de soins, malgré le consensus sur la sous-évaluation des tarifs d'actes en France. En somme, les représentants des professionnels de santé n'ont désormais plus que le droit d'être d'accord avec l'Uncam...

Pourtant, comme l'a souligné le rapporteur général de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, Thibault Bazin, l'Uncam ne dispose pas d'une connaissance assez fine des secteurs pour déterminer précisément quelles économies l'on pourrait faire sans nuire à l'offre de soins dans les territoires. Le risque est fort que, en donnant à l'Uncam la possibilité de baisser unilatéralement les tarifs, l'on aboutisse à des rabots faciles à mettre en œuvre, mais qui renforcent en réalité les distorsions existant déjà dans le système de soins, en fragilisant les acteurs et les soins les moins rentables et en stimulant la financiarisation.

Bien que nous soyons favorables à la recherche d'économies et d'une meilleure dépense, la priorité devrait être donnée à la pertinence des prises en charge et des parcours de soins. Cette approche serait bien plus productive que les baisses tarifaires aveugles prévues à cet article.

Une telle politique exige une volonté forte et une coopération étroite, fondée sur la confiance, entre l'assurance maladie et les soignants.

Les médecins spécialistes appellent, *via* leurs syndicats de spécialité ou conventionnels, à la reprise de la négociation, mais celle-ci ne peut se conduire qu'entre partenaires de confiance.

Cet amendement de repli, déposé par M. Milon, tend donc à supprimer le point le plus critiquable du dispositif : le pouvoir unilatéral de l'Uncam de décider des baisses de tarifs. De telles décisions ne pourraient être prises que dans un cadre conventionnel.

Mme la présidente. Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 900 rectifié *quater* est présenté par Mmes Joseph, L. Darcos, Devésa et P. Martin, M. Lefèvre, Mme Evren, MM. Somon et Genet, Mme Belhiti, M. J. B. Blanc, Mme Gosselin, M. Delia et Mme Demas.

L'amendement n° 1120 rectifié *bis* est présenté par Mme Havet, MM. Buis, Rambaud et Iacovelli et Mme Schillinger.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 11, après la première phrase

Insérer une phrase ainsi rédigée :

Il prend également en compte les objectifs définis en application du 2^e de l'article L. 1434-3 du code de la santé publique ainsi que les spécificités des territoires de santé mentionnés à l'article L. 1434-9 du même code.

La parole est à Mme Brigitte Devésa, pour présenter l'amendement n° 900 rectifié *quater*.

Mme Brigitte Devésa. Il est défendu.

Mme la présidente. L'amendement n° 1120 rectifié *bis* n'est pas soutenu.

L'amendement n° 1680 rectifié, présenté par M. Lurel, Mmes Conconne, Bélim et Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès et Féret, MM. Fichet et Jomier, Mmes Lubin, Poumirol, Rossignol et Artigalas, MM. Cardon, Chaillou et Chantrel, Mme Conway-Mouret, M. Darras, Mme Espagnac, MM. Féraud et Gillé, Mme Harribey, MM. Jacquin et P. Joly, Mme Linkenheld, MM. Marie, Mérillou et Michau, Mme Monier, MM. Montaugé, Pla et Redon-Sarrazy, Mme S. Robert, MM. Roiron, Ros, Tissot, Uzenat, M. Vallet, Ziane et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Alinéa 13, seconde phrase

Après le mot :

déterminé

insérer les mots :

chaque année

La parole est à M. Jean-Luc Fichet.

M. Jean-Luc Fichet. L'article 24 ouvre la voie à un mécanisme d'ajustement des tarifs en cas de rentabilité excessive de certains secteurs de soins.

Cet amendement de M. Lurel vise pour sa part à introduire un coefficient territorial pour les départements et régions d'outre-mer (Drom), afin de tenir compte des spécificités économiques et géographiques de ces territoires.

L'installation, l'exploitation et le fonctionnement d'une activité de soins en outre-mer coûtent souvent beaucoup plus cher que dans l'Hexagone, en raison des forts surcoûts liés à l'éloignement, à la dépendance logistique, à l'insularité ou encore à la taille réduite des marchés.

Oui, certaines activités peuvent être très rentables, mais ces facteurs structurels influencent mécaniquement les niveaux de rentabilité observés ici ou là. L'évaluation qui doit être prévue *via* le nouvel article L. 162-14-6 du code de la sécurité sociale doit absolument tenir compte de cette spécificité territoriale ; sans cela, les baisses tarifaires décidées à l'échelle nationale risquent de fragiliser injustement l'offre de soins dans les outre-mer.

L'instauration d'un coefficient territorial réévalué chaque année permettrait de garantir une approche plus juste et plus adaptée aux réalités locales tout en préservant l'accès aux soins de la population ultramarine.

Mme la présidente. L'amendement n° 668, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

I. – Après l'alinéa 17

Insérer un paragraphe ainsi rédigé :

... – À la fin du E du VII de l'article 49 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, la date : « 1^{er} octobre 2025 » est remplacée par la date : « 1^{er} janvier 2027 ».

II. – Alinéas 19 à 21

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Il s'agit de reporter l'entrée en vigueur de la réforme de la tarification de la radiothérapie et de la dialyse dans les établissements de santé, et de supprimer la baisse des tarifs en 2026.

Mme la présidente. Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 255 rectifié est présenté par Mme Bonfanti-Dossat, MM. Masset, Gueret et H. Leroy, Mmes Belrhit et Micouleau et MM. Panunzi et Genet.

L'amendement n° 1676 est présenté par Mmes Poumirol, Féret et Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès et Concone, MM. Fichet et Jomier, Mmes Lubin, Rossignol, Artigalas et Bélim, MM. Cardon, Chaillou et Chantrel, Mme Conway-Mouret, M. Darras, Mme Espagnac, MM. Féraud et Gillé, Mme Harribey, MM. Jacquin et P. Joly, Mme Linkenheld, MM. Lurel, Marie, Mérillou et Michau, Mme Monier, MM. Montaugé, Pla et Redon-Sarrazy, Mme S. Robert, MM. Roiron, Ros, Tissot, Uzenat, M. Vallet, Ziane et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 19, première phrase

Après le mot :

radiothérapie

insérer les mots :

réalisés en ville

L'amendement n° 255 rectifié n'est pas soutenu.

La parole est à Mme Corinne Féret, pour présenter l'amendement n° 1676.

Mme Corinne Féret. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 a acté le principe d'une forfaitisation des actes de radiothérapie.

La réforme du financement de cette activité est attendue de longue date. Sa mise en œuvre, prévue pour le 1^{er} janvier 2027, repose sur l'homogénéisation des tarifs entre les secteurs de ville et hospitalier, fondée sur une grille tarifaire consolidée, elle-même adossée à une nouvelle nomenclature renouvelée et fixée par arrêté ministériel.

Nous appelons l'attention sur les risques qu'une extension des baisses tarifaires des actes de radiothérapie ferait peser sur le secteur hospitalier. Cette mesure compromettrait notamment, au détriment des patients, la capacité des établissements à maintenir leur équilibre financier, à investir et à innover.

En soulignant que la baisse tarifaire transitoire ne concerne que les actes réalisés en ville, cet amendement vise à préserver l'équilibre économique des établissements hospitaliers, notamment des centres de lutte contre le cancer, et à garantir leur capacité d'investissement, dans l'attente de la mise en œuvre complète de la réforme.

Je précise que les dispositions de cet amendement ont été élaborées avec Unicancer.

Mme la présidente. Les deux amendements suivants sont également identiques.

L'amendement n° 262 rectifié bis est présenté par MM. Milon et Khalifé, Mme Deseyne, M. Sol, Mme Lassarade, M. Somon, Mme Micouleau, M. Burgoa, Mme Aeschlimann et M. J.P. Vogel.

L'amendement n° 1482 rectifié bis est présenté par MM. Longeot, Menonville et Dhersin, Mme Gacquerre, M. Anglars, Mme Perrot, MM. Mizzon, Bonneau, Bacci, Chatillon, S. Demilly et Laugier, Mmes Billon, Saint-Pé, Canayer, Antoine et Patru, MM. Fargeot, Duplomb et J. M. Boyer, Mmes Jacquemet et Malet et MM. Kern, de Nicolaï et Gueret.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 20, seconde phrase

Supprimer cette phrase.

La parole est à Mme Florence Lassarade, pour présenter l'amendement n° 262 rectifié bis.

Mme Florence Lassarade. Cet amendement de repli tend à supprimer la mesure, ajoutée en première lecture par l'Assemblée nationale sur l'initiative du groupe écologiste, qui impose dès 2026 des baisses de tarifs de l'ordre de 100 millions d'euros aux secteurs de la biologie, de la radiologie, de la radiothérapie, de la médecine nucléaire et de l'anatomopathologie.

Mme la présidente. La parole est à M. Daniel Fargeot, pour présenter l'amendement n° 1482 rectifié bis.

M. Daniel Fargeot. Défendu !

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La commission est favorable aux amendements identiques n°s 900 rectifié quater et 1680 rectifié. En revanche, elle demande le retrait des amendements n°s 474 rectifié et 261 rectifié ter, ainsi que des amendements identiques n°s 262 rectifié bis et 1482 rectifié bis. Enfin, elle est défavorable à l'amendement n° 1676.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Les amendements n°s 669 et 474 rectifié ont pour objet le forfait technique, qui porte sur l'amortissement des équipements.

Dans un rapport commun de mai 2025, l'inspection générale des affaires sociales (Igas) et l'inspection générale des finances (IGF) soulignent que l'imagerie bénéficie d'une surtarification de 170 % – rien de moins ! L'assurance maladie finance l'acquisition de machines sur la base d'une durée d'amortissement de cinq ans, alors qu'elles sont amorties en moyenne en trois ans. On constate donc un écart moyen de deux ans, période durant laquelle l'assurance maladie finance l'amortissement d'un équipement déjà amorti. Voilà ce que cet article cherche à réguler.

Ces amendements tendent à supprimer cette disposition ; le Gouvernement émet donc un avis défavorable à leur sujet.

Les amendements identiques n° 670 et 1522 rectifié *bis*, ainsi que l'amendement n° 261 rectifié *ter*, tendent à supprimer la possibilité, pour le directeur général de l'assurance maladie, de fixer les tarifs quand les négociations ont échoué.

Madame la rapporteure, je me tourne vers vous : si l'on observe, dans un secteur donné, une rentabilité excessive reconnue par les professionnels eux-mêmes, que fait-on en cas d'échec des négociations ? C'est ce qu'il s'est passé avec le secteur de la radiologie et avec d'autres. Après six mois de négociation, les professionnels ont refusé de baisser leurs tarifs.

Faut-il laisser perdurer des taux de rentabilité excessifs, alors même que tout le monde dresse le même diagnostic ? Selon moi, il faut bien que quelqu'un prenne la responsabilité de constater que les négociations n'ont pas abouti et de baisser les tarifs.

Dans le cas de la radiologie, le directeur de l'assurance maladie a précisément joué ce rôle.

Évidemment, ce dispositif n'est pas une fin en soi. Les radiologues peuvent revenir quand ils le veulent à la table des négociations. Au reste, il faut absolument que les discussions reprennent.

Quand une baisse des tarifs est décidée de façon unilatérale, il peut y avoir des effets de bord. Les professionnels ont donc tout intérêt à participer à ces négociations, et l'assurance maladie doit les faciliter.

Toutefois – j'y insiste –, il faut bien que quelqu'un, à un moment, prenne ses responsabilités ; ou alors on accepte de dire que, malgré un diagnostic partagé de rentabilité excessive, on n'a pas trouvé d'accord et que donc, tant pis, celle-ci demeure. Pour ma part, je ne crois pas qu'il faille s'y résigner.

Le Gouvernement est donc défavorable à ces amendements.

Les amendements n° 900 rectifié *quater* et 1680 rectifié ont plus spécifiquement pour objet les territoires ultramarins. Je vous le dis en toute transparence, nous appliquerons des coefficients spécifiques outre-mer, après comparaison avec les autres territoires. Nous pourrons tempérer les baisses de tarifs par des majorations spécifiques.

En conséquence, le Gouvernement sollicite le retrait de ces amendements, qu'il considère comme satisfaisants. À défaut, il émettra un avis défavorable.

L'amendement n° 668 tend à reporter la baisse des tarifs de la radiothérapie, ce qui entraînerait la perte d'une économie de 100 millions d'euros en 2026. En outre, cette mesure converge avec la réforme de la radiothérapie. Le Gouvernement émet un avis défavorable.

L'amendement n° 1676 est satisfait – c'est le sens même de la réforme du financement de la radiothérapie par forfait. Le Gouvernement émet donc, de même, un avis défavorable.

Enfin, le Gouvernement est favorable aux amendements identiques n° 262 rectifié *bis* et 1482 rectifié *bis*.

Mme la présidente. La parole est à M. Laurent Somon, pour explication de vote.

M. Laurent Somon. On entend donner au directeur de la Cnam la possibilité de fixer unilatéralement les tarifs.

Ce choix aurait une incidence, non seulement sur l'investissement des professionnels de santé, mais aussi sur l'installation des jeunes praticiens, par exemple les radiologues ou les rhumatologues.

J'ai rencontré des représentants des rhumatologues – spécialistes dont manquent de nombreux territoires. Je rejoins d'ailleurs M. Fichet à cet égard, il faut tenir compte des spécificités territoriales.

Un jeune rhumatologue y regarde aujourd'hui à deux fois, voire plus, avant de s'installer dans une structure privée, qui a un nombre important de diagnostics à faire.

M. Jomier l'a dit, on n'assiste pas seulement à un dérapage des dépenses de santé. Il y a également un besoin plus important d'examens, en raison du vieillissement de la population et de l'augmentation du nombre de pathologies. Il faut donc être extrêmement prudent avec ces décisions unilatérales. (*Mme la ministre acquiesce.*)

Les professionnels de santé sont bien conscients de la nécessité de contrôler les dépenses de la sécurité sociale ; simplement, ils sont soumis à certaines obligations en matière d'accès aux soins et il y a de plus en plus de demandes.

Si les radiologues ne bénéficient plus de la même rentabilité, nous ferons face à de nouveaux problèmes, qu'il s'agisse des investissements ou des installations. Le nombre de radiologues baissera et les praticiens ne pourront plus satisfaire toutes les demandes. En résultera un déficit de soins dans certains territoires ; l'accès à la santé se dégradera.

Pour toutes ces raisons, je suis tout à fait hostile au fait que le directeur de la Cnam puisse décider unilatéralement un tarif. Il faut responsabiliser les deux parties.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Stéphanie Rist, ministre. Je suis d'accord avec vous, monsieur le sénateur : c'est pourquoi j'insiste sur le fait que ces négociations doivent absolument aboutir.

Les baisses de tarifs se font par paliers. Il faut absolument rouvrir ces discussions, notamment pour éviter les effets de bord dont vous parlez. Par exemple, les spécialistes qui pratiquent des échographies, mais qui ne sont pas dans un secteur bénéficiant de rentes excessives, comme les rhumatologues ou les cardiologues, seraient pénalisés par une baisse unilatérale des tarifs.

Néanmoins, je vous pose la question : comment faisons-nous si, au terme des négociations, aucun des professionnels n'accepte de baisser des tarifs ? Que fait-on dans ce cas ?

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Baptiste Lemoyne, pour explication de vote.

M. Jean-Baptiste Lemoyne. Je souhaite vous faire part des inquiétudes de médecins vasculaires du département de l'Yonne. Ils considèrent que la pérennité de leur spécialité est en danger, en raison d'un effet de ciseau entre, d'une part, l'augmentation de leurs charges – un équipement permettant de faire des échographies Doppler peut coûter 50 000, 70 000, voire 100 000 euros – et, de l'autre, la baisse de leurs honoraires, qui ont déjà diminué de 7,5 % en 2015.

La profession, dont on ne saurait contester l'importance, subit de ce fait des problèmes d'attractivité et, *in fine*, ce sont les patients qui trinquent. Ces praticiens souhaitent donc que le dialogue avec l'Uncam se passe dans de meilleures conditions.

Ils s'inquiètent également des 100 millions d'euros d'économies évoqués ; mais certaines des dispositions proposées sont de nature à apaiser leurs craintes.

Mme la présidente. La parole est à Mme Anne Souyris, pour explication de vote.

Mme Anne Souyris. Madame la ministre, je reviens à la charge. Faire baisser les tarifs des activités trop lucratives est une bonne idée : c'est un moyen, pour la sécurité sociale, d'économiser un peu d'argent et d'enclencher un cercle vertueux. Mais je vois aussi se profiler un effet de bord : les dépassements d'honoraires risquent d'augmenter, certains professionnels étant incités à sortir de l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam).

Quelles mesures envisagez-vous de prendre pour éviter ces effets de bord et combattre plus efficacement la financiarisation ?

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Luc Fichet, pour explication de vote.

M. Jean-Luc Fichet. Madame la ministre, si j'ai bien compris vos explications, la sécurité sociale finance l'amortissement d'un équipement sur cinq ans alors qu'il est en réalité amorti au bout de trois ans. Pendant deux ans, le professionnel de santé perçoit donc de l'argent indûment.

Sans doute ce constat vaut-il aussi pour l'investissement immobilier des cliniques privées.

Il ne me semble pas qu'une loi, ou même une négociation, soit nécessaire pour assurer la régulation qui s'impose. N'importe quel chef d'entreprise normal comprendrait immédiatement que ce dispositif n'est pas viable. Si l'équipement est amorti en trois ans, la société ne doit pas le financer sur cinq ans, un point c'est tout.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Stéphanie Rist, ministre. Madame Souyris, l'article 26 nous donnera bientôt l'occasion de débattre des dépassements d'honoraires. Nous pourrons alors examiner les mesures à mettre en œuvre pour s'en prémunir.

Mesdames, messieurs les sénateurs, que les choses soient bien claires : les établissements privés de santé affichent des taux de rentabilité de 5 % ou 6 %. Or nous parlons ici d'établissements dont le taux de rentabilité atteint 30 %.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 669.

(*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. En conséquence, l'amendement n° 474 rectifié n'a plus d'objet.

Je mets aux voix les amendements identiques n°s 670 et 1522 rectifié *bis*.

(*Les amendements sont adoptés.*)

Mme la présidente. En conséquence, l'amendement n° 261 rectifié *ter* n'a plus d'objet.

Je mets aux voix l'amendement n° 900 rectifié *quater*.

(*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1680 rectifié.

(*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 668.

(*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. En conséquence, l'amendement n° 1676, ainsi que les amendements identiques n°s 262 rectifié *bis* et 1482 rectifié *bis*, n'ont plus d'objet.

La parole est à M. Laurent Somon, pour explication de vote sur l'article.

M. Laurent Somon. Je voterai l'article 24. Néanmoins, j'insiste sur un autre effet de bord, tout à fait majeur, de la disposition supprimée pour les jeunes médecins qui veulent s'installer.

Avec une telle mesure, le directeur de la Cnam aurait pu, dans le cadre de l'Optam, s'affranchir des conventions qui permettent un certain pourcentage d'activité libre. Aujourd'hui, pour les rhumatologues, le taux s'élève à 23 % dans le secteur 2 ; demain il sera plus faible. Si un praticien dépasse le seuil autorisé, il sera obligé de revenir dans le secteur 1 sans pouvoir revenir dans le secteur 2.

Mme Stéphanie Rist, ministre. Pas du tout !

M. Laurent Somon. C'est en tout cas ce que mes interlocuteurs m'ont expliqué.

Il n'est pas normal que le directeur de la Cnam décide unilatéralement de contrevenir à la convention signée entre la caisse et les professionnels, en l'occurrence les rhumatologues.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 24, modifié.

(*L'article 24 est adopté.*)

Après l'article 24

Mme la présidente. L'amendement n° 264 rectifié *bis*, présenté par MM. Milon et Khalifé, Mme Deseyne, M. Sol, Mme Lassarade, M. Somon, Mme Micouleau, M. Burgoa et Mme Aeschlimann, est ainsi libellé :

Après l'article 24

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au VI de l'article L. 162-1-7, après le mot : « avis » est inséré le mot : « conforme » ;

2° L'article L. 162-14 est complété par huit alinéas ainsi rédigés :

« Les organismes d'assurance maladie et les syndicats représentatifs des laboratoires privés d'analyses médicales concluent des protocoles triennaux relatifs à :

« 1° La maîtrise des dépenses de biologie médicale ;

« 2° La contribution du secteur de la biologie médicale à la maîtrise globale des dépenses de santé ;

« 3° Les investissements dans l'innovation, la prévention, les actions de santé publique ;

« 4° Le suivi par les signataires de l'évolution des dépenses et de l'impact des actions définies par le protocole ;

« 5° L'observation de l'accès aux laboratoires de biologie médicale et les actions éventuelles pour le garantir ;

« 6° L'amélioration de l'impact environnemental de la pratique des laboratoires de biologie médicale.

« En cas de rupture des négociations préalables à l'élaboration d'un protocole ou d'opposition à un nouveau protocole, une procédure d'arbitrage sera engagée conformément à l'article L. 162-14-2 du présent code. »

La parole est à M. Khalifé Khalifé.

M. Khalifé Khalifé. Cet amendement de M. Milon a pour objet les relations entre la sécurité sociale et les laboratoires d'analyses médicales.

Il s'agit de donner une assise législative aux protocoles triennaux conclus entre l'assurance maladie et les syndicats représentatifs des laboratoires privés d'analyses médicales. Ce faisant, on modernisera le dialogue entre ces deux instances en instituant un cadre juridique clair et efficient, au service de la logique conventionnelle.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Mon cher collègue, il ne semble pas opportun de préciser dans la loi le cadre spécifique des accords triennaux conclus entre l'assurance maladie et les syndicats représentatifs des laboratoires privés d'analyses médicales.

De fait, une convention a encore été signée le 20 décembre dernier grâce à l'esprit de responsabilité desdits syndicats. Ce texte s'appuie sur le cadre général des accords de maîtrise des dépenses prévu dans le code de la sécurité sociale, comme c'est le cas pour les professionnels de l'imagerie médicale ou du transport sanitaire.

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

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Même avis.

Mme la présidente. Monsieur Khalifé, l'amendement n° 264 rectifié bis est-il maintenu ?

M. Khalifé Khalifé. Avec l'accord de M. Milon, je retire cet amendement, madame la présidente.

Mme la présidente. L'amendement n° 264 rectifié bis est retiré.

L'amendement n° 1771, présenté par M. Lurel, Mmes Conconne, Bélim et Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès et Féret, MM. Fichet et Jomier, Mmes Lubin, Poumirol, Rossignol et Artigalas, MM. Cardon, Chaillou et Chantrel, Mme Conway-Mouret, M. Darras, Mme Espagnac, MM. Féraud et Gillé, Mme Harribey, MM. Jacquin et P. Joly, Mme Linkenheld, MM. Marie, Mérillou et Michau, Mme Monier, MM. Montaugé, Pla et Redon-Sarrazzy, Mme S. Robert, MM. Roiron, Ros, Tissot, Uzenat, M. Vallet, Ziane et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Après l'article 24

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport permettant d'objectiver les frais particuliers grevant le coût des médicaments distribués dans les collectivités régies par l'article 73 de la Constitution et justifiant les majorations des prix prévues par l'article L. 753-4 du code de la sécurité sociale. Ce rapport présente notamment les conséquences pour le pouvoir d'achat des consommateurs et pour l'activité des

offices d'une révision de l'arrêté du 7 février 2008 fixant les coefficients de majorations applicables aux prix de vente des médicaments dans les départements d'outre-mer.

La parole est à Mme Annie Le Houerou.

Mme Annie Le Houerou. Au travers de cet amendement, les élus du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain demandent un rapport au Gouvernement, afin de préparer la révision des coefficients de majoration appliqués au prix des médicaments dans les départements d'outre-mer.

Notre but est simple : objectiver les surcoûts réellement supportés par les officines pour ajuster au mieux ces majorations.

Dans une étude publiée en 2022, l'Insee rappelle que, dans tous les départements et régions d'outre-mer, se soigner coûte plus cher qu'en métropole. Les médicaments, les appareils et le matériel médical y sont plus onéreux et l'on observe, pour l'ensemble des dépenses de santé, des écarts de prix allant de 13 % à 17 % selon les territoires. Pourtant, en vertu d'un arrêté de 2008 toujours en vigueur, les majorations appliquées sur les médicaments vont de 26 % à 43 %.

Nous ne contestons évidemment pas les difficultés structurelles d'approvisionnement auxquelles les officines ultramarines font face, mais le niveau actuel de ces majorations paraît clairement disproportionné. Il est indispensable de les analyser de manière objective et de les réviser régulièrement, afin de réduire le coût des produits de santé pour nos compatriotes ultramarins.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Je comprends l'intention des auteurs de cet amendement – il s'agit d'objectiver la majoration du prix de vente des médicaments dans les officines ultramarines –, car certains coûts d'approvisionnement sont structurellement élevés.

Toutefois, la commission est défavorable aux demandes de rapport.

En outre, les évaluations de rentabilité, prévues à l'article 24 du présent texte, que nous venons d'adopter, pourront porter à la fois sur des secteurs, des actes et des produits de santé. Ainsi, peut-être pourra-t-on identifier une décorrélation entre les prix pratiqués et les coûts effectivement supportés.

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

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Avis défavorable.

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Conconne, pour explication de vote.

Mme Catherine Conconne. Je comprends votre objection, madame la rapporteure, mais cela fait des années que nous réclamons une adéquation entre les véritables coûts supportés par les hôpitaux et les tarifs appliqués.

Nous le répétons inlassablement à tous les ministres de la santé, et pourtant rien ne change. Les déficits se creusent, les hôpitaux accumulent les difficultés de trésorerie, et nous, telle sœur Anne, nous ne voyons rien venir...

Vous nous dites qu'il va se passer quelque chose : nous verrons. Chaque année depuis dix ans, j'entends la même chose. Ce sujet est même sur la table du ministre de la santé

depuis Roselyne Bachelot! Mais, chaque année, on nous apporte la même réponse et nous sommes toujours dans la même situation.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1771.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Mes chers collègues, nous allons interrompre nos travaux pour quelques instants.

La séance est suspendue.

(*La séance, suspendue à minuit, est reprise le lundi 24 novembre 2025, à zéro heure cinq.*)

Mme la présidente. La séance est reprise.

Article 24 bis (nouveau)

- ① Après le I de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré un I *bis* ainsi rédigé :
- ② « I *bis*. – Lorsque le rapport moyen entre l'excédent brut d'exploitation et le chiffre d'affaires et le rapport moyen entre le résultat net et le chiffre d'affaires dégagés par les actes ou les prestations mentionnés au I du présent article sont supérieurs à des seuils déterminés par un décret pris après avis de la Haute Autorité de santé, le tarif de ces derniers peut être réduit d'office par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- ③ « Les modalités d'application du présent I *bis* sont déterminées par décret. »

Mme la présidente. Je suis saisie de sept amendements identiques.

L'amendement n° 110 est présenté par M. Henno.

L'amendement n° 193 rectifié *bis* est présenté par Mmes Lassarade et Richer, MM. Panunzi et H. Leroy, Mme de La Provôté, MM. Lefèvre et Naturel, Mme Malet, MM. Burgoa et Houpert, Mme Aeschlimann, MM. Piednoir, Pointereau, D. Laurent, Anglars, Cambon, Saury et Genet, Mmes Bonfanti-Dossat et Di Folco et MM. de Nicolaï, Duplomb et J.M. Boyer.

L'amendement n° 241 rectifié *quinquies* est présenté par Mme Devésa, MM. Bonhomme, Dhersin et Levi, Mme Sollogoub et MM. Courtial, Parigi, Menonville et Haye.

L'amendement n° 475 rectifié *ter* est présenté par M. Milon, Mme Deseyne, MM. Sol et Somon et Mmes Micouleau et F. Gerbaud.

L'amendement n° 671 est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 1483 rectifié *bis* est présenté par MM. Longeot, Mizzon, Bonneau, Bacci, Chatillon, S. Demilly et Laugier, Mmes Billon, Saint-Pé, Canayer, Antoine et Patru, M. Fargeot, Mme Jacquemet, MM. Kern et Gueret et Mmes Perrot et Gacquerre.

L'amendement n° 1524 rectifié *bis* est présenté par Mme Guillotin, MM. Bilhac et Cabanel, Mme M. Carrère, M. Daubet, Mme N. Delattre, MM. Fialaire et Guiol, Mme Jouve, M. Roux et Mme Girardin.

Ces sept amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Olivier Henno, pour présenter l'amendement n° 110.

M. Olivier Henno. Si nous avons déjà discuté longuement du sujet à l'article 24, nous entendons manifester, au travers de cet amendement de suppression, notre intérêt pour le paritarisme, la négociation et les accords conventionnels, ainsi que notre gêne par rapport aux baisses unilatérales des prix.

Mme la présidente. La parole est à Mme Florence Lassarade, pour présenter l'amendement n° 193 rectifié *bis*.

Mme Florence Lassarade. Cet amendement est défendu.

Mme la présidente. La parole est à Mme Brigitte Devésa, pour présenter l'amendement n° 241 rectifié *quinquies*.

Mme Brigitte Devésa. Il est défendu.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean Sol, pour présenter l'amendement n° 475 rectifié *ter*.

M. Jean Sol. Défendu.

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure, pour présenter l'amendement n° 671.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Défendu, également.

Mme la présidente. L'amendement n° 1483 rectifié *bis* n'est pas soutenu.

La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour présenter l'amendement n° 1524 rectifié *bis*.

Mme Véronique Guillotin. Il est défendu.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 110, 193 rectifié *bis*, 241 rectifié *quinquies*, 475 rectifié *ter*, 671 et 1524 rectifié *bis*.

(*Les amendements sont adoptés.*)

Mme la présidente. En conséquence, l'article 24 *bis* est supprimé.

Article 25

- ① I. – La première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :
- ② 1° Après le mot : « sanitaires », sont insérés les mots : « , des soins dentaires » ;
- ③ 2° Après la référence : « L. 162-5, », est insérée la référence : « L. 162-9, ».
- ④ II (*nouveau*). – Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport relatif à la hausse du ticket modérateur sur les soins dentaires prévue à l'article 63 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025. Ce rapport évalue également les effets de la hausse du ticket modérateur sur les soins dentaires prévue par le décret n° 2023-701 du 31 juillet 2023 relatif à la participation des assurés sociaux aux honoraires des chirurgiens-dentistes et actes relevant des soins dentaires. Il présente les conséquences financières de ces deux mesures de déremboursement et leurs effets sur le renoncement aux soins dentaires des assurés sociaux, en particulier des mineurs. Il met en

regard des économies réalisées à court terme pour l'assurance le surcoût induit par le renoncement aux soins dentaires.

Mme la présidente. L'amendement n°672, présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Dans son rapport sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, le rapporteur général à l'Assemblée nationale indique que, lors de son audition devant la commission, le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie a confirmé ne pas ressentir la nécessité de cet article. L'utilité de ce levier contraignant n'a été étayée ni par les auditions ni par l'étude d'impact.

Il est donc proposé, par cet amendement, de supprimer l'article 25.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Nous voulons, avec cet article 25, maîtriser les dépenses de l'assurance maladie dans le secteur le plus dynamique et garantir ainsi la pérennité de notre système.

L'article vise ainsi à maîtriser les dépenses de soins dentaires dans une logique d'efficience et de pertinence des soins, en négociant avec les professionnels. La pertinence ne réduit pas l'accès aux soins. Cela a d'ailleurs fonctionné avec les transports sanitaires, pour lesquels un accord a été conclu, permettant de faire des économies et d'être plus efficaces, mais aussi plus pertinents.

Pour les soins dentaires, l'enjeu est d'éviter un exercice centré exclusivement sur les actes les plus rémunérateurs plutôt que sur la prévention et les soins de conservation.

Cet article a toute son importance. C'est la raison pour laquelle je demande le retrait de l'amendement ; à défaut, l'avis du Gouvernement sera défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n°672.

(*L'amendement est adopté.*)

Mme la présidente. En conséquence, l'article 25 est supprimé, et l'amendement n°1092 rectifié *bis* n'a plus d'objet.

Après l'article 25

Mme la présidente. L'amendement n°1559 rectifié *bis*, présenté par MM. Mérillou, Ziane et Stanzione, Mmes Monier, Bélim et Conconne, MM. Cardon, Uzenat, Temal, Roiron et Pla, Mme S. Robert, MM. Omar Oili et Michau et Mme Conway-Mouret, est ainsi libellé :

Après l'article 25

Insérer un article additionnel ainsi rédigé

I. – Après le 5^e de l'article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Dans les zones France ruralités revitalisation mentionnées à l'article 44 *quindecies A* du code général des impôts, la définition des objectifs prévus aux 1^o et 2^o, ainsi que la détermination et l'application des mesures correctrices mentionnées au 5^o, tiennent compte des

caractéristiques propres de ces zones, notamment de la fragilité de l'offre de soins, de la faible densité de professionnels de santé, de l'éloignement des services de soins et des contraintes de mobilité.

« Un décret précise les modalités selon lesquelles les partenaires conventionnels peuvent adapter, dans ces zones, les trajectoires de maîtrise des dépenses, les objectifs de répartition territoriale de l'offre de soins, ainsi que les mesures correctrices, de façon à ne pas aggraver les difficultés d'accès aux soins existantes. »

II. – Le III de l'article 41 de la loi n°2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Dans les zones France ruralités revitalisation mentionnées à l'article 44 *quindecies A* du code général des impôts, ces baisses de tarifs sont mises en œuvre dans des conditions adaptées, afin de préserver l'offre locale de soins, selon des modalités fixées par décret. »

La parole est à Mme Catherine Conconne.

Mme Catherine Conconne. C'est avec plaisir que je présente cet amendement de mon collègue Serge Mérillou. Il porte sur les zones de revitalisation rurale, qui sont confrontées à une dégradation structurelle de l'accès aux soins.

Selon la Drees, la densité de médecins généralistes y est de 20 % inférieure à la moyenne nationale et le nombre de spécialistes y est également inférieur, à hauteur de 40 %. Un habitant sur trois rencontre des difficultés de mobilité pour accéder à un service de santé.

Mon collègue prend l'exemple de la Dordogne, avec la fermeture récente de la maternité de Sarlat, qui oblige certaines patientes à parcourir plus de quatre-vingt-dix kilomètres pour accoucher, avec un temps moyen de trajet d'une heure trente.

Dans ce contexte, l'application uniforme des trajectoires de maîtrise des dépenses, des objectifs de répartition de l'offre et des baisses tarifaires prévues en cas d'échec des négociations risquerait de fragiliser davantage l'offre de soins, en particulier les structures de transport sanitaire, les cabinets d'imagerie médicale et les laboratoires implantés en milieu rural.

Par cet amendement, nous ne remettons pas en cause la nécessité de maîtriser les dépenses d'assurance maladie, mais nous demandons simplement une meilleure adaptation des mécanismes conventionnels aux réalités rurales.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Sur l'initiative du Sénat, ma chère collègue, les accords de maîtrise des dépenses doivent contenir des objectifs quantitatifs ou qualitatifs en matière de répartition territoriale de l'offre de soins. Je vous renvoie aux termes de l'article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale, qui permet justement de prendre en compte les inégalités territoriales et les difficultés d'accès aux soins.

Au demeurant, l'amendement vise aussi à prévoir que les baisses de tarif dans le champ du transport sanitaire, permises par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 en cas d'absence de protocole, doivent être adaptées à la situation des zones de revitalisation rurale. Ce point intervient un peu tardivement, puisque les dispositions législatives offraient cette possibilité jusqu'au 31 octobre 2025.

Par conséquent, à défaut d'un retrait, l'avis de la commission sera défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Pour les mêmes raisons, avis défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1559 rectifié *bis*.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. L'amendement n° 1081 rectifié *bis*, présenté par MM. Daubet et Bilhac, Mme Briante Guillenmont, M. Cabanel, Mmes M. Carrère et N. Delattre, MM. Fialaire, Gold et Grosvalet, Mme Guillotin, M. Guiol, Mme Jouve, MM. Laouedj et Masset, Mme Pantel, M. Roux et Mme Girardin, est ainsi libellé :

Après l'article 25

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport portant sur l'état de la santé bucco-dentaire des Français, sur son impact pour les finances publiques et sur les politiques de soins et de prévention qui lui sont consacrées.

Ce rapport évalue également les effets des mesures de déremboursement intervenues au cours des deux dernières années. Il analyse leurs conséquences financières pour l'assurance maladie et leurs effets sur le renoncement aux soins dentaires, en particulier chez les mineurs.

La parole est à M. Raphaël Daubet.

M. Raphaël Daubet. Je sais bien qu'il n'est pas forcément très souhaitable de déposer des demandes de rapport, mais, en la matière, il me semblerait utile de disposer d'un tel document sur l'état de la santé bucco-dentaire en France, ses conséquences pour les finances publiques et l'efficacité des politiques de prévention et de soins.

Ces questions, que nous avons évoquées récemment, sont insuffisamment documentées. Or un état des lieux consolidé est indispensable pour orienter les politiques publiques et renforcer la prévention. J'insiste sur le fait que ce rapport devrait aussi évaluer les effets des récents déremboursements, notamment l'augmentation du ticket modérateur, en matière de coûts pour nos finances publiques.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. La santé bucco-dentaire est une composante importante de la politique de santé, trop souvent sous-estimée. C'est d'ailleurs ce que l'on tente de faire évoluer au travers de la proposition de loi créant la profession d'assistant en santé bucco-dentaire, adoptée par le Sénat au début du mois et dont j'espère que l'Assemblée nationale se saisira au cours de la session parlementaire.

Toutefois, puisqu'il s'agit d'une demande de rapport, la commission émettra sans surprise, à défaut d'un retrait, un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Je connais, monsieur Daubet, votre intérêt pour ce sujet, comme le montre votre récente proposition de loi.

Je regrette d'ailleurs que la Haute Assemblée ait adopté l'amendement de suppression à l'article précédent, car ce dernier prévoyait, dans le cadre de protocoles, d'améliorer l'efficience, notamment en matière de soins de prévention.

Or c'est bien de prévention qu'il est notamment question dans le rapport que vous demandez, au motif que le Gouvernement n'en ferait pas assez dans ce domaine.

Cela étant, je demande le retrait de cet amendement ; à défaut, le Gouvernement émettra un avis défavorable.

Par ailleurs, concernant la question sur le relèvement du ticket modérateur, je tiens à vous signaler que 96 % des assurés disposent d'une complémentaire et, donc, d'un accès aux soins.

M. Raphaël Daubet. Je retire l'amendement, madame la présidente !

Mme la présidente. L'amendement n° 1081 rectifié *bis* est retiré.

Article 25 bis (nouveau)

À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale, après le mot : « médicale », sont insérés les mots : « , de l'ophtalmologie, des soins dentaires ».

Mme la présidente. Je suis saisie de quatre amendements identiques.

L'amendement n° 112 est présenté par M. Henno.

L'amendement n° 403 rectifié *bis* est présenté par Mmes Lassarade et Richer, MM. Panunzi et H. Leroy, Mme de La Provôté, MM. Lefèvre et Naturel, Mme Malet, MM. Burgoa et Houpert, Mme Aeschlimann, MM. D. Laurent, Cambier et Genet, Mmes Bonfanti-Dossat et Di Folco, M. de Nicolaï, Mme Lermytte et MM. Duplomb et J.M. Boyer.

L'amendement n° 491 rectifié *bis* est présenté par MM. Milon et Khalifé, Mme Deseyne, MM. Sol et Somon et Mme Micouleau.

L'amendement n° 673 est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Ces quatre amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Olivier Henno, pour présenter l'amendement n° 112.

M. Olivier Henno. Nous souhaitons supprimer l'article 25 *bis*, dont l'objet nous paraît peu justifié. Nous avons du mal à comprendre pourquoi il cible ainsi certaines professions, avec des critères flous et des mécanismes coercitifs.

Mme la présidente. La parole est à Mme Florence Lassarade, pour présenter l'amendement n° 403 rectifié *bis*.

Mme Florence Lassarade. Cet amendement est défendu.

Mme la présidente. La parole est à M. Khalifé Khalifé, pour présenter l'amendement n° 491 rectifié *bis*.

M. Khalifé Khalifé. Je profite de la présentation de cet amendement pour revenir sur un point de vocabulaire qui me semble important. Il y avait une expression que l'on utilisait voilà quelques années, mais qui est peut-être aujourd'hui dépassée : la « maîtrise médicalisée des dépenses de santé ».

Puisque nous parlons de société financiarisée, je veux insister, madame la ministre, sur les très nombreuses sociétés qui appartiennent à de grandes holdings. Nous avons un exemple qui fait parler de lui à l'échelon national : regroupant près de 400 structures ou associations au sein de

159 structures juridiques, on y observe des glissements financiers, des passages d'argent et des facturations d'une société à une autre. Or je ne sais pas comment sont faits ces montages ni, en tout cas, comment sont effectués les contrôles.

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure, pour présenter l'amendement n° 673.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Défendu.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Je suis assez réservée sur cette disposition concernant l'élargissement des accords de maîtrise des dépenses, car il existe un enjeu d'accès aux soins de spécialité et, notamment, aux rendez-vous d'ophtalmologie. C'est d'ailleurs un axe sur lequel nous allons travailler pour le faire avancer.

Par ailleurs, le réel enjeu de pertinence en la matière est moins flagrant que pour le protocole dentaire que je proposais et qui a été supprimé.

Telles sont les raisons pour lesquelles le Gouvernement s'en remet à la sagesse du Sénat sur ces amendements identiques.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 112, 403 rectifié bis, 491 rectifié bis et 673.

(*Les amendements sont adoptés.*)

Mme la présidente. En conséquence, l'article 25 bis est supprimé.

Article 26 (Supprimé)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 1609, présenté par Mmes Souyris et Poncet Monge, MM. Benarroche, G. Blanc et Dantec, Mme de Marco, MM. Dossus, Fernique et Gontard, Mme Guhl, MM. Jadot et Mellouli, Mme Ollivier, M. Salmon et Mmes Senée et M. Vogel, est ainsi libellé :

Rétablissement cet article dans la rédaction suivante :

I. – Le titre IV du livre VI du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'intitulé du chapitre 6 est ainsi rédigé :

« *Dispositions applicables aux praticiens et auxiliaires conventionnés* » ;

2° L'article L. 646-1 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Les dispositions du présent chapitre sont applicables : » ;

b) Au 2°, les mots : « de la convention mentionnée au 1° et » sont supprimés et les mots : « l'absence de la convention mentionnée au 1° » sont remplacés par les mots : « l'absence d'une telle convention » ;

3° L'article L. 646-2 est abrogé ;

4° Au sein du chapitre mentionné au 1°, il est créé une section 1 intitulée : « *Régime maternité – décès* », dans laquelle sont insérés les articles L. 646-3 et L. 646-4 ;

5° L'article L. 646-3 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le taux : « 3,25 % » est remplacé par le taux : « 5 % » ;

b) Au 2°, les mots : « et à l'exception » sont remplacés par les mots : « , des forfaits et suppléments versés au titre des soins de médecine d'urgence en application du 2° de l'article L. 162-22-8-2 et » ;

6° Le chapitre 5 du titre IV du livre VI devient la section 3 du chapitre 6 du même titre, intitulée : « *Prestations complémentaires de vieillesse* » et, en son sein les articles L. 645-1, L. 645-2, L. 645-2-1, L. 645-3, L. 645-4 et L. 645-5 deviennent respectivement les articles L. 646-5, L. 646-6, L. 646-7, L. 646-8, L. 646-9 et L. 646-10 ;

7° Aux articles L. 646-6, L. 646-8 et L. 646-9 tels qu'ils résultent du 6°, la référence : « L. 645-1 » est remplacée par la référence : « L. 646-5 » et aux articles L. 646-7 et L. 646-8, la référence : « L. 645-2 » est remplacée par la référence : « L. 646-6 » ;

II. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux cotisations dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2026.

La parole est à Mme Anne Souyris.

Mme Anne Souyris. Je reviens avec cet amendement sur les dépassements d'honoraires, que nous avons commencé à évoquer.

Cet amendement vise à rétablir l'article 26 du présent projet de loi dans une version légèrement modifiée par rapport au texte initial, qui mettait en place une surcotisation sur les dépassements d'honoraires pour inciter les professionnels à moins les pratiquer.

Rendons-nous compte : en dix ans, le montant total des dépassements a grimpé de 1 milliard d'euros. Plus encore, ces dépassements réduisent l'accès aux soins, notamment dans les quatre spécialités qui les concentrent : la chirurgie, l'ophtalmologie, l'anesthésie, le radiodiagnostic et l'imagerie médicale.

Nos collègues députés Yannick Monnet et Jean-François Rousset l'ont montré, les dépassements d'honoraires ont aussi des effets délétères pour les soignants. Ils creusent les écarts de revenus entre les spécialités et entre praticiens d'une même spécialité. Les députés appellent ainsi à plafonner les dépassements d'honoraires. Là encore, l'article 26 fait moins que cela : il les autorise toujours, mais réduit leur attractivité.

Nous souhaitons donc rétablir cet article. Là où le Gouvernement se réservait le droit de fixer par voie réglementaire le taux de cette surcotisation, nous proposons de la fixer dans la loi à 5 %.

Mme la présidente. L'amendement n° 1692, présenté par Mme Le Houerou, M. Kanner, Mmes Canalès, Conconne et Féret, MM. Fichet et Jomier, Mmes Lubin, Poumirol, Rossignol, Artigalas et Bélim, MM. Cardon, Chaillou et Chantrel, Mme Conway-Mouret, M. Darras, Mme Espagnac, MM. Féraud et Gillé, Mme Harribey, MM. Jacquin et P. Joly, Mme Linkenheld, MM. Lurel, Marie, Mérillou et Michau, Mme Monier, MM. Montaugé, Pla et Redon-Sarrazy, Mme S. Robert, MM. Roiron, Ros, Tissot, Uzenat, M. Vallet, Ziane et les membres du groupe Socialiste, Écologiste et Républicain, est ainsi libellé :

Rétablissement cet article dans la rédaction suivante :

I. – L'article L. 646-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dépassements d'honoraires facturés par les praticiens conventionnés en secteur à honoraires libres n'étant pas adhérents à l'option de pratique tarifaire maîtrisée font l'objet d'une cotisation supplémentaire dont le taux est fixé par décret, qui ne peut être inférieur à 1 %. »

II. – Le présent article s'applique aux cotisations dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2026.

La parole est à Mme Annie Le Houerou.

Mme Annie Le Houerou. Il s'agit d'instaurer une surtaxe sur le secteur 2 hors Optam (option de pratique tarifaire maîtrisée). Madame la ministre, je me réjouis de votre garantie de ne pas taxer finalement les praticiens du secteur 2 ayant adhéré à cette option, comme vous l'aviez prévu lors du dépôt du présent projet de loi.

Par cet amendement, le groupe socialiste propose de réintroduire l'article 26, mais en limitant donc la taxation au secteur 2 hors Optam, autrement dit aux praticiens qui refusent d'appliquer des tarifs maîtrisés.

En effet, la proposition initiale avait le défaut de « désinciter » les médecins à pratiquer des dépassements raisonnables.

Dans notre proposition, la surtaxe inciterait justement à entrer dans ce dispositif de l'option pratique tarifaire maîtrisée, car la proportion du secteur 2 augmente, de même que le montant des dépassements. Le poids du secteur 2 est également très variable selon les territoires et croît avec le niveau de vie sur place. Le taux moyen des dépassements atteint 109 % à Paris, contre 10 % dans l'Aveyron. Le dépassement par patient dans la capitale y est quatre fois plus élevé que la moyenne nationale. En Seine-Saint-Denis, la situation est paradoxale : la densité médicale est faible, mais plus de la moitié des médecins exercent en secteur 2.

« Au global, les dépassements guident les choix d'installation toujours vers les zones solvables », constate le président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM), concluant : « Cela accentue la fracture entre métropoles et territoires modestes. »

En 2024, les dépassements d'honoraires des médecins spécialistes libéraux ont atteint 4,3 milliards d'euros, confirmant le constat du Haut Conseil. La progression de la liberté tarifaire hors médecine générale, dont l'adhésion au secteur 2, présentée comme résiduelle, est particulièrement marquée depuis 2019 avec 5 % d'évolution par an en valeur réelle, après une décennie 2010-2020 plus modérée, puisque l'évolution était en proportion inférieure de moitié.

Cette croissance s'explique par deux dynamiques convergentes, à commencer par la nette hausse des effectifs médicaux en secteur 2. Ainsi, trois quarts des nouveaux spécialistes qui s'installent optent désormais pour cet espace de liberté tarifaire, contre seulement deux tiers en 2027.

C'est la raison pour laquelle nous proposons une telle taxe.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Par l'amendement n° 1609, Mme Souyris propose de rétablir l'article 26 en fixant le taux de la contribution sur les dépassements d'honoraires à 5 %.

J'aurai trois observations à formuler.

Premièrement, augmenter la cotisation de tout le secteur 2 conduirait sans doute à une augmentation proportionnelle des dépassements pratiqués par les professionnels de santé pour compenser le poids de cette taxe. Ce n'est pas souhaitable.

Deuxièmement, au lieu de pénaliser tous les professionnels du secteur 2, il est plus opportun de travailler à une surtaxation des seuls dépassements d'honoraires jugés excessifs ou abusifs.

Mme Raymonde Poncet Monge. Ils existent donc bien !

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Je n'ai pas dit qu'ils n'existaient pas. Mais doit-on punir toute une classe ou seulement les mauvais élèves ? Voilà le sujet.

Troisièmement, il faut avoir une approche nuancée des dépassements d'honoraires. Une part de la hausse constatée tient à l'absence de revalorisation de certains actes techniques depuis vingt ans et à l'augmentation des charges que supportent les professionnels de santé, et vous en conviendrez. En outre, aucun taux n'a été indiqué, ce qui n'a pas permis d'apprécier les conséquences de cette mesure pour les médecins à l'échelle individuelle.

Telles sont les raisons pour lesquelles la commission émet un avis défavorable sur l'amendement n° 1609.

L'amendement n° 1692 vise à instaurer une taxation complémentaire sur les honoraires des praticiens conventionnés hors Optam, ce que j'ai bien noté.

Là encore, plutôt que de diaboliser les professionnels de santé, il faut essayer de comprendre les données du débat. Surtaxer le secteur 2 hors Optam ne permettra pas de réguler les dépassements d'honoraires et n'apportera de solution ni aux professionnels de santé ni aux patients.

Il serait donc plus opportun de travailler à une surtaxation des seuls dépassements d'honoraires jugés excessifs ou abusifs. Sauf erreur de ma part, quatre spécialités concentrent une grande majorité des dépassements d'honoraires excessifs.

Sur cet amendement également, la commission émet un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Notre pays compte 25 000 spécialistes en secteur 2, soit à peu près 8 sur 10. La moitié d'entre eux pratiquent des dépassements d'honoraires, et 50 % dans le cadre de l'Optam. Voilà pour le contexte.

En 2024, les dépassements d'honoraires s'élevaient à 4,5 milliards d'euros, d'où cette question : à quel niveau se situent le tact et la mesure ? D'autant que le pouvoir d'achat de nos concitoyens s'affaisse depuis plusieurs années.

Il n'est pas question de dire que tous les professionnels et tous les spécialistes pratiquent des dépassements d'honoraires déraisonnables. Néanmoins, j'imagine que, comme moi, vous avez reçu des concitoyens venus vous dire qu'ils se faisaient opérer pour des sommes dont on peut se demander si elles étaient justement fixées avec tact et mesure.

Le Gouvernement avait donc décidé d'inscrire dans ce texte, à l'article 26, une taxation de l'ensemble du secteur 2. Puis, au fil des discussions, notre intention n'étant pas de pénaliser les spécialistes ni le secteur 2, l'objectif a été de renforcer ce lien conventionnel de l'Optam, qui permet de maîtriser ces dépassements d'honoraires, lesquels, jusqu'à ces dernières années d'ailleurs, étaient plutôt maîtrisés, avec des montants fixés avec tact et mesure.

Nous sommes à un moment où il faut vraiment tout remettre à plat. D'ailleurs, les rapports récents, notamment ceux des parlementaires Rousset et Monnet, montrent à l'évidence que nous devons réexaminer ce sujet des dépassements d'honoraires.

J'ai demandé que des discussions puissent avoir lieu dès maintenant, sans attendre, avec la Cnam, les usagers et, bien évidemment, les professionnels, pour voir comment améliorer la situation.

Cela pourrait passer par un plafonnement. Du reste, il faut que les professionnels puissent aussi nous dire quel montant envisager, s'il faut prévoir des dérogations pour certains praticiens qui, parce qu'ils sont seuls au monde à pratiquer tel geste, ont la possibilité de faire des dépassements. Cette discussion doit avoir lieu.

Il s'agit non pas de stigmatiser, mais de regarder la réalité, tant l'augmentation des dépassements d'honoraires est très importante. Améliorer la situation passe par des discussions, des négociations et une remise à plat.

Pour ma part, en l'état, je m'en remettrai à la sagesse du Sénat sur ces amendements.

Mme la présidente. La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge, pour explication de vote.

Mme Raymonde Poncet Monge. Madame la rapporteure, je veux expliquer pourquoi j'ai réagi de façon quelque peu spontanée à vos propos. Vous nous dites qu'on ne peut pas, au motif qu'il y aurait des abus pratiqués par une grosse minorité de mauvais élèves, taxer tout le monde. Cela peut s'entendre.

Tout à l'heure, il vous a été proposé de lutter contre la rentabilité excessive en radiothérapie. Or qui en est à l'origine, sinon ceux que vous venez d'appeler les « mauvais élèves » ?

Dans les quatre spécialités en question, le taux de rentabilité peut atteindre entre 20 % et 25 %. Lorsque les responsables de l'assurance maladie affichent leur volonté d'agir, on les rend impuissants, on les menotte en quelque sorte, en leur enjoignant de laisser faire. C'est comme pour l'Unédic : au motif que les discussions n'aboutissent pas, il ne faudrait rien faire. Eh bien non ! L'État intervient quand les négociations n'aboutissent pas.

Tout à l'heure, ce sont bien ces taux de 20 % à 25 % qu'il s'agissait de taxer. Dire qu'il y a une rentabilité excessive ne signifie pas que le secteur entier n'est composé que de rentiers. Personne ne l'a dit, personne n'a individualisé, personne n'a stigmatisé l'ensemble de la profession.

Je voudrais également évoquer les conséquences d'une telle situation, ayant un petit-fils qui suit des études de médecine. Personne ne veut s'orienter vers certaines spécialités. Nous ferions mieux de taxer les rentabilités excessives sur ces quatre secteurs et de revaloriser la gériatrie, la pédiatrie et la psychiatrie. Comme le dit mon petit-fils, « je suis le seul à vouloir être pédiatre ». Ses camarades estiment que ce n'est pas assez

rentable. Les étudiants en médecine se positionnent par rapport aux quatre ou cinq secteurs très rentables ou, du moins, ils fuient les secteurs qui ne le sont pas, comme la psychiatrie.

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Les dépassements excessifs peuvent être sanctionnés par l'assurance maladie. C'est une disposition qui, certes, n'est pas souvent appliquée, mais elle existe.

Mme la présidente. La parole est à Mme la ministre.

Mme Stéphanie Rist, ministre. Madame la présidente, je tiens à corriger l'avis du Gouvernement sur ces deux amendements : avis de sagesse sur l'amendement n° 1692 et avis défavorable sur l'amendement n° 1609.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1609.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1692.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. En conséquence, l'article 26 demeure supprimé.

Article 26 bis (nouveau)

- ① I. – L'article L. 162-5-10 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Les produits de santé, les actes et les prestations prescrits par les médecins mentionnés au premier alinéa du présent article ne donnent pas lieu à remboursement par les organismes d'assurance maladie, à l'exception de ceux prescrits par ces médecins à titre gracieux, pour eux-mêmes et pour leurs proches. »
- ③ II. – Le I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2027.

Mme la présidente. Je suis saisie de dix amendements identiques.

L'amendement n° 16 rectifié est présenté par MM. Pellevat, Bacci, Chasseing, Chatillon et Chevalier, Mme Dumont, MM. Grand et Laménie, Mme de La Provôté, MM. D. Laurent, H. Leroy, Levi et V. Louault, Mme Noël et MM. Panunzi, Parigi, Pointereau, Rochette, Sido et Wattebled.

L'amendement n° 114 est présenté par M. Henno.

L'amendement n° 149 rectifié bis est présenté par Mme Guillotin, M. Bilhac, Mme Briante Guillemont, M. Cabanel, Mme N. Delattre, MM. Fialaire, Gold, Grosvalet et Guiol et Mmes Jouve et Girardin.

L'amendement n° 168 rectifié ter est présenté par Mme Deseyne, M. Milon, Mmes Gruny et Lassarade, M. de Nicolaï, Mme Richer, MM. Bonhomme, Lefèvre et Piednoir, Mme Bellamy, MM. Houpert et Burgoa, Mmes Ventalon, Muller-Bronn et Malet, M. Gosperrin, Mmes Joseph et Evren, M. P. Martin, Mme Eustache-Brinio, M. Gueret, Mme Bonfanti-Dossat, M. Somon, Mmes Canayer et Di Folco, MM. Genet et Saury, Mmes Aeschlimann et Pluchet et MM. Rapin et Gremillet.

L'amendement n° 225 est présenté par Mme Micouleau.

L'amendement n° 242 rectifié *quinquies* est présenté par Mme Devésa, M. Dhersin, Mme Sollogoub et MM. Haye et Duffourg.

L'amendement n° 674 est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

L'amendement n° 767 rectifié *bis* est présenté par Mmes N. Goulet et Romagny et MM. Bitz et Canévet.

L'amendement n° 1069 rectifié *bis* est présenté par M. Séné, Mmes Petrus et P. Martin et MM. Brisson, Anglars et Belin.

L'amendement n° 1299 rectifié *bis* est présenté par MM. Sol, Khalifé, Hugonet et Meignen.

Ces dix amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Marc Laménie, pour présenter l'amendement n° 16 rectifié.

M. Marc Laménie. Cet amendement de Cyril Pellevat vise à supprimer la disposition prévoyant le déremboursement des actes et prestations prescrits par des médecins non conventionnés. Conditionner le remboursement au statut du prescripteur porterait une atteinte majeure à l'équité d'accès aux soins. Une telle mesure ferait peser sur les patients un reste à charge intégral, en fonction non de la nature ou de l'intérêt médical de l'acte, mais du secteur d'exercice du médecin, introduisant ainsi une rupture injustifiée entre assurés.

Dans les territoires déjà sous-dotés en offre de soins, elle agraverait les inégalités territoriales et allongerait les délais de prise en charge, en l'absence de solutions de remplacement disponibles. Elle risquerait en outre de produire des effets contre-productifs : renoncements ou retards de soins, reports vers l'hôpital ou les urgences et surcoûts pour l'Assurance maladie.

Ni nécessaire ni proportionnée, cette disposition rompt avec la neutralité du régime de remboursement et doit, en conséquence, être supprimée.

Mme la présidente. La parole est à M. Olivier Henno, pour présenter l'amendement n° 114.

M. Olivier Henno. Il est défendu.

Mme la présidente. La parole est à Mme Véronique Guillotin, pour présenter l'amendement n° 149 rectifié *bis*.

Mme Véronique Guillotin. Il est défendu.

Mme la présidente. La parole est à Mme Florence Lassarade, pour présenter l'amendement n° 168 rectifié *ter*.

Mme Florence Lassarade. Il est défendu.

Mme la présidente. L'amendement n° 225 n'est pas soutenu.

La parole est à Mme Brigitte Devésa, pour présenter l'amendement n° 242 rectifié *quinquies*.

Mme Brigitte Devésa. Il est défendu.

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure, pour présenter l'amendement n° 674.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Il est défendu.

Mme la présidente. L'amendement n° 767 rectifié *bis* n'est pas soutenu.

La parole est à Mme Annick Petrus, pour présenter l'amendement n° 1069 rectifié *bis*.

Mme Annick Petrus. Il est défendu.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean Sol, pour présenter le sous-amendement n° 1299 rectifié *bis*.

M. Jean Sol. Il est défendu.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Il s'agit d'un avis de sagesse. J'avais déjà formulé un avis identique à l'Assemblée nationale. Le sujet est complexe et il est intéressant d'en débattre.

Il y a peu de médecins déconventionnés. Je souhaite d'ailleurs qu'il y en ait de moins en moins afin de renouer une relation de confiance entre l'assurance maladie et les professionnels de santé. J'appelle de mes vœux de véritables négociations conventionnelles pour que ces professionnels puissent y participer avec le sourire. Il importe que les négociations puissent aboutir sans une décision unilatérale du directeur derrière.

Il s'agit de limiter autant que possible le nombre de médecins déconventionnés. Ils demeurent rares et, parmi eux, 50 % exercent des activités spéciales.

La question se pose, par exemple, lorsqu'un médecin de secteur 3, tabacologue, se trouve déconventionné : le patient qui va chercher ses Nicotinell en pharmacie ne sera alors plus remboursé. On pourrait considérer qu'un praticien déconventionné laisse au patient la possibilité de consulter un médecin conventionné ; toutefois, l'accès aux soins demeure souvent difficile.

Pour éclairer le débat, il faut rappeler que les médecins déconventionnés exercent plutôt dans les métropoles et rarement dans les secteurs où l'accès aux soins est le plus difficile.

Mme la présidente. La parole est à Mme Anne Souyris, pour explication de vote.

Mme Anne Souyris. Le groupe Écologiste – Solidarité et Territoires ne votera pas ces amendements de suppression. Nous soutenons l'article 26 *bis* issu des recommandations du rapport Monnet-Rousset sur les dépassements d'honoraires.

À celles et ceux qui affirment que cet article pénaliserait les patients, je réponds que les médecins n'ont qu'à revenir dans la convention médicale. Il nous appartient de leur faciliter ce changement. J'ai justement soutenu un amendement en ce sens, l'amendement n° 1606, sans succès.

Cet article vise à inciter les médecins à sortir du secteur 3 et à revenir dans le conventionnement. Nous y sommes favorables : il faut maîtriser l'envol des dépassements d'honoraires.

J'espère que vous serez également d'accord. À défaut, chacun comprendrait que la droite est contre les mesures d'économie sur les dépenses, ce qui serait étrange, vous en conviendrez.

Mme la présidente. La parole est à Mme Raymonde Poncet Monge, pour explication de vote.

Mme Raymonde Poncet Monge. Lors de l'examen en commission, j'avais fait remarquer le caractère pour le moins bizarre de cette situation.

Ces médecins sont non conventionnés. Pour eux, les mesures de mise sous objectif ou d'accord préalable – qu'on les approuve ou non – ne s'appliquent donc pas. Ils échappent à tout ce qui relève de la régulation des prescriptions liée au conventionnement, et ce, j'y insiste, quelle que soit l'appréciation que l'on porte sur ces dispositifs.

Dans le même temps, les médecins conventionnés se trouvent placés sous objectif et soumis à l'accord préalable. On leur demande : « Pourquoi délivrez-vous deux fois plus d'indemnités journalières ? » « Pourquoi votre prescription d'antidépresseurs paraît-elle excessive ? » Ces contraintes ne s'exercent pas sur les médecins hors convention.

Ce qui m'interpelle, c'est que nous n'avons pas la main. Je ne comprends pas que leurs prescriptions, automatiquement remboursées, échappent à tout contrôle. La maîtrise médicalisée, évoquée tout à l'heure par mon collègue, cesse ainsi de s'appliquer.

Pour cette seule raison, je considère que nous n'avons pas à rembourser des prescriptions totalement libres et dépourvues de toute régulation.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 16 rectifié, 114, 149 rectifié bis, 168 rectifié ter, 242 rectifié quinques, 674, 1069 rectifié bis et 1299 rectifié bis.

(*Les amendements sont adoptés.*)

Mme la présidente. En conséquence, l'article 26 bis est supprimé, et les amendements n°s 788 rectifié et 1100 rectifié bis n'ont plus d'objet.

Article 26 ter (nouveau)

- ① Après le VIII de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, sont insérés des VIII bis et VIII ter ainsi rédigés :
- ② « VIII bis. – Par dérogation au VIII, il peut être procédé à tout moment à l'adaptation de la hiérarchisation ou à la radiation d'un acte, d'une prestation ou d'un groupe d'actes ou de prestations lorsqu'il apparaît que leurs conditions de production ou de réalisation ont évolué de manière significative.
- ③ « Cette adaptation est engagée à la demande du directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance maladie, des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ou des conseils nationaux professionnels et des commissions compétentes pour chaque profession. La procédure applicable est définie par voie réglementaire.
- ④ « VIII ter. – Avant le 31 décembre de chaque année, un avenant à la convention mentionnée à l'article L. 162-5 est négocié afin de déterminer les tarifs afférents aux actes et prestations ayant fait l'objet d'une nouvelle hiérarchisation au cours de l'année. »

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 115 est présenté par M. Henno.

L'amendement n° 675 est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Olivier Henno, pour présenter l'amendement n° 115.

M. Olivier Henno. Une révision d'ampleur de la nomenclature est en cours. Il faut donc laisser cette révision aller à son terme dans le cadre légitime de la négociation conven-

tionnelle. Inutile d'y ajouter une pression excessive, comme le prévoit cet article. C'est la raison pour laquelle nous avons déposé cet amendement de suppression.

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure, pour présenter l'amendement n° 675.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Il est défendu.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 115 et 675.

(*Les amendements sont adoptés.*)

Mme la présidente. En conséquence, l'article 26 ter est supprimé.

Article 26 quater (nouveau)

- ① Le IX de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- ② « Si l'inscription d'un acte, d'une prestation, d'un ou de plusieurs groupes d'actes ou d'un ou de plusieurs groupes de prestations dans la liste établie ou sa révision n'a pas été traduite dans la convention mentionnée à l'article L. 162-5 dans un délai de six mois à compter de la transmission à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie de l'évaluation technique permettant la hiérarchisation des actes et des prestations concernées dans les conditions prévues au présent article, leur prise en charge ou leur remboursement est défini par voie réglementaire sur proposition du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. »

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques.

L'amendement n° 116 est présenté par M. Henno.

L'amendement n° 676 est présenté par Mme Imbert, au nom de la commission des affaires sociales.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Olivier Henno, pour présenter l'amendement n° 116.

M. Olivier Henno. Défendu !

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure, pour présenter l'amendement n° 676.

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Des révisions plus régulières de la nomenclature et des tarifs sont évidemment nécessaires. La commission souscrit à l'objectif qui sous-tend les dispositions de l'article 26 quater.

Pour autant, une révision de tout acte inscrit par cycle de cinq ans est d'ores et déjà prévue dans la loi. Le Haut Conseil des nomenclatures (HCN), installé en 2021, a permis, par ses missions, l'introduction au fil de l'eau des nouveaux actes évalués par la Haute Autorité de santé et la maintenance régulière de la nomenclature.

La commission entend laisser toute sa place à la négociation conventionnelle et lui offrir des délais suffisants. Elle estime que prévoir un avenant à la convention avant le 31 décembre de chaque année, comme tend à le prévoir cet article, rigidifierait excessivement le calendrier des négociations.

Voilà pourquoi nous proposons un amendement de suppression de l'article 26 *quater*.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Favorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 116 et 676.

(*Les amendements sont adoptés.*)

Mme la présidente. En conséquence, l'article 26 *quater* est supprimé.

Après l'article 26 *quater*

Mme la présidente. L'amendement n° 1204, présenté par Mmes Brulin, Apourceau-Poly, Silvani, Margaté et les membres du groupe Communiste Républicain Citoyen et Écologiste – Kanaky, est ainsi libellé :

Après l'article 26 *quater*

Insérer un article additionnel ainsi rédigé :

Après la première phrase du I de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « S'agissant des médecins, seuls les actes et les prestations réalisés par ceux ayant conclu une convention avec les organismes d'assurance maladie, en application de l'article L. 162-5, peuvent ouvrir droit à la prise en charge ou au remboursement par l'assurance maladie. »

La parole est à Mme Silvana Silvani.

Mme Silvana Silvani. Nous proposons de compléter le dispositif prévu à l'article 26 en précisant que les prescriptions établies par les professionnels de santé exerçant en secteur 3, c'est-à-dire hors convention, avec des honoraires totalement libres, ne soient plus remboursées par l'assurance maladie.

Il n'est plus tenable que la solidarité nationale finance, même indirectement, des pratiques qui s'affranchissent totalement du cadre conventionnel et des principes d'égalité d'accès aux soins.

La mission de nos collègues députés Yannick Monnet et Jean-François Rousset l'a clairement indiqué : le secteur 3 représente la partie la plus problématique de la dérégulation tarifaire. Les dépassements y sont souvent sans limites, parfois multipliés par quatre ou cinq par rapport aux tarifs opposables. Pour le patient, cela signifie des factures extrêmement élevées. Pour notre système de santé, cela signifie une rupture flagrante d'égalité.

Comme nous le rappelons depuis des années, la sécurité sociale ne peut pas rester le financeur passif d'un modèle qui sélectionne les patients selon leurs moyens. Il serait cohérent que l'assurance maladie ne rembourse que les actes et les prestations réalisés dans le cadre d'une relation conventionnelle avec le praticien.

Il convient d'envoyer un signal clair : sortir volontairement du cadre conventionnel, c'est aussi assumer de ne plus bénéficier du financement solidaire qui lui est attaché.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

Mme Corinne Imbert, rapporteure. Le remboursement par l'assurance maladie des honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins de secteur 3 est déjà extrêmement marginal, sur la base d'un tarif d'autorité inférieur à 2 euros par consultation.

L'arrêté ministériel fixe ce tarif d'autorité, vous le savez, entre 43 et 61 centimes d'euros pour une consultation de médecine générale et entre 85 centimes et 1,22 euro pour une consultation chez un spécialiste. Ces très faibles tarifs remboursés permettent de tracer les actes réalisés par les médecins de secteur 3.

Au vu des faibles montants en jeu et afin de ne pas davantage pénaliser les patients qui se tournent le plus souvent vers ces médecins pour des raisons de compétences rares ou de notoriété, la commission a émis un avis défavorable.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Je rejoins les arguments de Mme la rapporteure. J'ajoute que, dans sa rédaction actuelle, votre amendement n'est pas applicable d'un point de vue légitique. Par ailleurs, nous avons déjà abordé le débat relatif aux médecins déconventionnés. J'émets donc un avis défavorable.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 1204.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

Mme la présidente. Mes chers collègues, je vais lever la séance. Nous avons examiné 269 amendements au cours de la journée. Il en reste 346 à examiner sur ce texte.

La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

6

ORDRE DU JOUR

Mme la présidente. Voici quel sera l'ordre du jour de la prochaine séance publique, précédemment fixée à aujourd'hui, lundi 24 novembre 2025 :

À dix heures trente, quatorze heures trente, le soir et la nuit :

Suite du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, transmis en application de l'article 47-1, alinéa 2, de la Constitution (texte n° 122, 2025-2026).

Personne ne demande la parole ?...

La séance est levée.

(*La séance est levée le lundi 24 novembre 2025, à zéro heure quarante-cinq.*)

*Pour le Directeur des comptes rendus du
Sénat, le Chef de publication*

JEAN-CYRIL MASSERON

ANNEXES AU PROCÈS-VERBAL de la séance du dimanche 23 novembre 2025

SCRUTIN N° 50

sur l'amendement n° 1002 rectifié, présenté par M. Bernard Delcros et plusieurs de ses collègues, à l'article 21 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	342
Suffrages exprimés	340
Pour	111
Contre	229

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GROUPE LES RÉPUBLICAINS (130) :

Contre : 128

N'ont pas pris part au vote : 2 M. Gérard Larcher, Président du Sénat, Mme Anne Chain-Larché, Présidente de séance

GROUPE SOCIALISTE, ÉCOLOGISTE ET RÉPUBLICAIN (65) :

Pour : 64

Contre : 1 M. Bernard Jomier

GROUPE UNION CENTRISTE (59) :

Pour : 13 Mmes Jocelyne Antoine, Annick Billon, M. Bernard Delcros, Mme Brigitte Devésa, M. Alain Duffourg, Mmes Amel Gacquerre, Jocelyne Guidez, MM. Pierre-Antoine Levi, Pascal Martin, Hervé Maurey, Paul Toussaint Parigi, Mmes Anne-Sophie Romagny, Nadia Sollogoub

Contre : 45

Abstention : 1 Mme Brigitte Bourguignon

GROUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (20) :

Pour : 1 M. Daniel Chasseing

Contre : 19

GROUPE RASSEMBLEMENT DES DÉMOCRATES, PROGRESSISTES ET INDÉPENDANTS (19) :

Contre : 19

GROUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE - KANAKY (18) :

Pour : 18

GROUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :

Contre : 17

GROUPE ÉCOLOGISTE - SOLIDARITÉ ET TERRITOIRES (16) :

Pour : 15

Abstention : 1 Mme Raymonde Poncet Monge

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (4) :

N'ont pas pris part au vote : 4 MM. Aymeric Durox, Joshua Hochart, Stéphane Ravier, Christopher Szczurek

Ont voté pour :

Jocelyne Antoine	Alain Duffourg	Jean-Jacques Michau
Cathy Apourceau-Poly	Vincent Éblé	Marie-Pierre Monier
Viviane Artigalas	Frédérique Espagnac	Franck Montaugé
Jérémy Bacchi	Sébastien Fagnen	Corinne Narassiguin
Pierre Barros	Rémi Féraud	Mathilde Ollivier
Alexandre Basquin	Corinne Féret	Saïd Omar Oili
Audrey Bélim	Jacques Fernique	Alexandre Ouizille
Guy Benarroche	Jean-Luc Fichet	Pierre Ouzoulias
Annick Billon	Amel Gacquerre	Paul Toussaint Parigi
Grégory Blanc	Fabien Gay	Sébastien Pla
Florence Blatrix	Hervé Gillé	Émilienne Poumirol
Contat	Guillaume Gontard	Claude Raynal
Nicole Bonnafey	Michelle Gréaume	Christian Redon-
Denis Bouad	Antoinette Guhl	Sarrazay
Hussein Bourgi	Jocelyne Guidez	Sylvie Robert
Isabelle Briquet	Laurence Harribey	Pierre-Alain Roiron
Ian Brossat	Olivier Jacquin	Anne-Sophie
Colombe Brosset	Yannick Jadot	Romagny
Céline Brulin	Éric Jeansanneras	David Ros
Marion Canalès	Patrice Joly	Laurence Rossignol
Rémi Cardon	Gisèle Jourda	Daniel Salmon
Marie-Arlette Carlotti	Patrick Kanner	Pascal Savoldelli
Christophe Chaillou	Éric Kerrouche	Ghislaine Senée
Yan Chantrel	Marie-Pierre de La	Silvana Silvani
Daniel Chasseing	Gontrie	Nadia Sollogoub
Catherine Conconne	Gérard Lahellec	Anne Souyris
Hélène Conway-	Annie Le Houerou	Lucien Stanzione
Mouret	Pierre-Antoine Levi	Rachid Temal
Evelyne Corbière	Audrey Linkenheld	Jean-Claude Tissot
Naminzo	Jean-Jacques Lozach	Simon Uzenat
Jean-Pierre Corbisez	Monique Lubin	Mickaël Vallet
Thierry Cozic	Victorin Lurel	Marie-Claude Varailles
Cécile Cukierman	Monique de Marco	Jean-Marc Vaysouze-
Karine Daniel	Marianne Margaté	Faure
Ronan Dantec	Didier Marie	Mélanie Vogel
Jérôme Darras	Pascal Martin	Michaël Weber
Bernard Delcros	Paulette Matray	Robert Wienie Xowie
Brigitte Devésa	Hervé Maurey	Adel Ziane
Gilbert-Luc Devinaz	Akli Mellouli	
Thomas Dossus	Serge Mérillou	

Ont voté contre :

Marie-Do Aeschlimann
Pascal Allizard
Jean-Claude Anglars
Jean-Michel Arnaud
Jean Bacci
Arnaud Bazin
Bruno Belin
Marie-Jeanne Bellamy
Nadine Bellurot
Catherine Belrhiti
Martine Berthet
Marie-Pierre Bessin-Guéris
Christian Bilhac
Olivier Bitz
Étienne Blanc
Jean-Baptiste Blanc
Yves Bleunven
Christine Bonfanti-Dossat
François Bonhomme
François Bonneau
Michel Bonnus
Alexandra Borchio
Fontimp
Corinne Bourcier
Jean-Marc Boyer
Valérie Boyer
Jean-Luc Brault
Sophie Briante
Guillemont
Max Brisson
Christian Bruyen
François-Noël Buffet
Bernard Buis
Laurent Burgoa
Frédéric Buval
Henri Cabanel
Alain Cadec
Olivier Cadic
Guislain Cambier
Christian Cambon
Agnès Canayer
Michel Canévet
Vincent Capo-Canellas
Emmanuel Capus
Maryse Carrère
Marie-Claire Carrère-Gée
Alain Cazabonne
Samantha Cazebonne
Patrick Chaize
Alain Chatillon
Patrick Chauvet
Cédric Chevalier
Guillaume Chevrollier
Marta de Cidrac
Olivier Cigolotti
Marie-Carole Ciunti
Édouard Courtial
Pierre Cuypers
Laure Darcos
Mathieu Darnaud
Raphaël Daubert
Marc-Philippe Daubresse
Vincent Delahaye
Nathalie Delattre
Jean-Marc Delia
Patricia Demas
Stéphane Demilly
Chantal Deseyne
Franck Dhersin
Catherine Di Folco
Élisabeth Doineau

Sabine Drexler
Catherine Dumas
Françoise Dumont
Laurent Duplomb
Nicole Duranton
Dominique Estrosi-Sassone
Jacqueline Eustache-Brinio
Agnès Evren
Daniel Fargeot
Gilbert Favreau
Bernard Fialaire
Isabelle Florennes
Philippe Folliot
Stéphane Fouassin
Christophe-André Frassa
Laurence Garnier
Fabien Genet
Frédérique Gerbaud
Annick Girardin
Éric Gold
Béatrice Gosselin
Nathalie Goulet
Sylvie Goy-Chavent
Jean-Pierre Grand
Daniel Gremillet
Jacques Grosprin
Philippe Grosvalet
Pascal Gruny
Daniel Gueret
Véronique Guillotin
André Guiol
Nadège Havet
Ludovic Haye
Olivier Henno
Loïc Hervé
Christine Herzog
Jean Hingray
Alain Houpert
Marie-Lise Housseau
Jean-Raymond Hugonet
Jean-François Husson
Xavier Iacovelli
Corinne Imbert
Annick Jacquemet
Micheline Jacques
Bernard Jomier
Lauriane Josende
Else Joseph
Muriel Jourda
Mireille Jouve
Alain Joyandet
Roger Karoutchi
Claude Kern
Khalifé Khalifé
Christian Klinger
Mikaele Kulimoetoke
Sonia de La Provôte
Laurent Lafon
Marc Laménie
Ahmed Laouedj
Florence Lassarade
Michel Laugier
Daniel Laurent
Christine Lavarde
Antoine Lefèvre
Dominique de Legge
Ronan Le Gleut
Jean-Baptiste Lemoyne
Marie-Claude Lermytte
Henri Leroy
Stéphane Le Rudulier

Martin Lévrier
Anne-Catherine Loisier
Jean-François Longeot
Vivette Lopez
Vincen Louault
Viviane Malet
Claude Malhuret
Didier Mandelli
Alain Marc
David Margueritte
Hervé Marseille
Pauline Martin
Michel Masset
Pierre Médeville
Thierry Meignen
Franck Menonville
Marie Mercier
Damien Michallet
Brigitte Micouleau
Alain Milon
Jean-Marie Mizzon
Thani Mohamed Soilihi
Albéric de Montgolfier
Catherine Morin-Desailly
Philippe Mouiller
Marie-Pierre Mouton
Laurence Muller-Bronn
Solanges Nadille
Georges Naturel
Anne-Marie Nédélec
Louis-Jean de Nicolay
Sylviane Noël
Claude Nougein
Olivier Paccaud
Guylène Pantel
Jean-Jacques Panunzi
Vanina Paoli-Gagin
Georges Patient
François Pariat
Anne-Sophie Patru
Philippe Paul
Jean-Gérard Paumier
Cyril Pellevat
Clément Pernot
Cédric Perrin
Évelyne Perrot
Annick Petrus
Marie-Laure Phinera-Horth
Stéphane Piednoir
Bernard Pillefer
Kristina Pluchet
Rémy Pointereau
Sophie Primas
Frédérique Puissat
Didier Rambaud
Jean-François Rapin
Évelyne Renaud-Garabedian
Bruno Retailleau
Hervé Reynaud
Olivia Richard
Marie-Pierre Richer
Olivier Rietmann
Pierre Jean Rochette
Teva Rohfritsch
Bruno Rojouan
Jean-Yves Roux
Jean-Luc Ruelle
Denise Saint-Pé
Hugues Saury
Stéphane Sautarel
Michel Savin

Elsa Schalck
Patricia Schillinger
Marc Séné
Bruno Sido
Jean Sol
Laurent Somon

Francis Szpiner
Lana Tetuanui
Dominique Théophile
Sylvie Valente Le Hir
Anne Ventalon
Dominique Vérien

Sylvie Vermeillet
Pierre-Jean Verzelan
Cédric Vial
Jean Pierre Vogel
Louis Vogel
Dany Watbled

Abstentions :

Brigitte Bourguignon, Raymonde Ponct Monge.

N'ont pas pris part au vote :

Gérard Larcher,
Président du Sénat

Anne Chain-Larché,
Présidente de séance
Aymeric Durox

Joshua Hochart
Stéphane Ravier
Christopher Szczurek

SCRUTIN N° 51

sur le sous-amendement n° 832 rectifié ter, présenté par Mme Véronique Guillotin et plusieurs de ses collègues, à l'amendement n° 757 rectifié bis, présenté par Mme Brigitte Bourguignon et plusieurs de ses collègues, à l'article 21 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	340
Suffrages exprimés	319
Pour	139
Contre	180

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN**GROUPE LES REPUBLICAINS (130) :**

Contre : 127

Abstention : 1 M. Cédric Vial

N'ont pas pris part au vote : 2 M. Gérard Larcher, Président du Sénat, Mme Anne Chain-Larché, Présidente de séance

GROUPE SOCIALISTE, ÉCOLOGISTE ET REPUBLICAIN (65) :

Pour : 65

GROUPE UNION CENTRISTE (59) :

Pour : 4 Mmes Brigitte Bourguignon, Brigitte Devésa, Anne-Sophie Romagny, Nadia Sollogoub

Contre : 53

N'ont pas pris part au vote : 2 M. Olivier Bitz, Mme Nathalie Goulet

GROUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (20) :

Abstentions : 20

GROUPE RASSEMBLEMENT DES DÉMOCRATES, PROGRESSISTES ET INDÉPENDANTS (19) :

Pour : 19

GROUPE COMMUNISTE REPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE - KANAKY (18) :

Pour : 18

GROUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :

Pour : 17

GROUPE ÉCOLOGISTE - SOLIDARITÉ ET TERRITOIRES (16) :

Pour : 16

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (4) :

N'ont pas pris part au vote : 4 MM. Aymeric Durox, Joshua Hochart, Stéphane Ravier, Christopher Szczurek

Ont voté pour :

Cathy Apourceau-Poly
 Viviane Artigalas
 Jérémie Bacchi
 Pierre Barros
 Alexandre Basquin
 Audrey Bélim
 Guy Benarroche
 Christian Bilhac
 Grégory Blanc
 Florence Blatrix
 Contat
 Nicole Bonnefoy
 Denis Bouad
 Hussein Bourgi
 Brigitte Bourguignon
 Sophie Briante
 Guillemont
 Isabelle Briquet
 Ian Brossat
 Colombe Brossel
 Céline Brulin
 Bernard Buis
 Frédéric Buval
 Henri Cabanel
 Marion Canalès
 Rémi Cardon
 Marie-Arlette Carlotti
 Maryse Carrère
 Samantha Cazebonne
 Christophe Chaillou
 Yan Chantrel
 Catherine Conconne
 Hélène Conway-Mouret
 Evelyne Corbière
 Naminzo
 Jean-Pierre Corbisez
 Thierry Cozic
 Cécile Cukierman
 Karine Daniel
 Ronan Dantec
 Jérôme Darras
 Raphaël Daubet
 Nathalie Delattre
 Brigitte Devésa
 Gilbert-Luc Devinaz
 Thomas Dossus
 Nicole Duranton
 Vincent Éblé
 Frédérique Espagnac
 Sébastien Fagnen

Rémi Féraud
 Corinne Féret
 Jacques Fernique
 Bernard Fialaire
 Jean-Luc Fichet
 Stéphane Fouassin
 Fabien Gay
 Hervé Gillié
 Annick Girardin
 Éric Gold
 Guillaume Gontard
 Michelle Gréaume
 Philippe Grosvalet
 Antoinette Guhl
 Véronique Guillotin
 André Guiol
 Laurence Harribey
 Nadège Havet
 Xavier Iacovelli
 Olivier Jacquin
 Yannick Jadot
 Éric Jeansnetas
 Patrice Joly
 Bernard Jomier
 Gisèle Jourda
 Mireille Jouve
 Patrick Kanner
 Éric Kerrouche
 Mikaele Kulimoetoko
 Marie-Pierre de La Gontrie
 Gérard Lahellec
 Ahmed Laquedj
 Annie Le Houerou
 Jean-Baptiste Lemoyne
 Martin Lévrier
 Audrey Linkenheld
 Jean-Jacques Lozach
 Monique Lubin
 Victorin Lurel
 Monique de Marco
 Marianne Margaté
 Didier Marie
 Michel Masset
 Paulette Matray
 Akli Mellouli
 Serge Mérillou
 Jean-Jacques Michau
 Thani Mohamed Soilihi

Ont voté contre :

Marie-Do Aeschlimann
 Pascal Allizard
 Jean-Claude Anglars
 Jocelyne Antoine
 Jean-Michel Arnaud
 Jean Bacci
 Arnaud Bazin
 Bruno Belin
 Marie-Jeanne Bellamy
 Nadine Bellurot
 Catherine Belrhiti
 Martine Berthet
 Annick Billon
 Étienne Blanc

Jean-Baptiste Blanc
 Yves Bleunven
 Christine Bonfanti-Dossat
 François Bonhomme
 François Bonneau
 Michel Bonnus
 Alexandra Borchio
 Fontimp
 Jean-Marc Boyer
 Valérie Boyer
 Max Brisson
 Christian Bruyen
 François-Noël Buffet
 Laurent Burgoa

Marta de Cidrac
 Olivier Cigolotti
 Marie-Carole Ciuntu
 Édouard Courtial
 Pierre Cuypers
 Mathieu Darnaud
 Marc-Philippe Daubresse
 Vincent Delahaye
 Bernard Delcros
 Jean-Marc Delia
 Patricia Demas
 Stéphane Demilly
 Chantal Deseyne
 Franck Dhersin
 Catherine Di Folco
 Elisabeth Doineau
 Sabine Drexler
 Alain Duffourg
 Catherine Dumas
 Françoise Dumont
 Laurent Duplomb
 Dominique Estrosi
 Sassone
 Jacqueline Eustache-Brinio
 Agnès Evren
 Daniel Fargeot
 Gilbert Favreau
 Isabelle Florennes
 Philippe Folliot
 Christophe-André Frassa
 Amel Gacquerre
 Laurence Garnier
 Fabien Genet
 Frédérique Gerbaud
 Béatrice Gosselin
 Sylvie Goy-Chavent
 Daniel Gremillet
 Jacques Grosperrin
 Pascale Gruny
 Daniel Gueret
 Jocelyne Guidez
 Ludovic Haye
 Olivier Henno
 Loïc Hervé
 Christine Herzog
 Jean Hingray
 Alain Houpert

Marie-Lise Housseau
 Jean-Raymond Hugonet
 Jean-François Husson
 Corinne Imbert
 Annick Jacquemet
 Micheline Jacques
 Lauriane Josende
 Else Joseph
 Muriel Jourda
 Alain Joyandet
 Roger Karoutchi
 Claude Kern
 Khalifé Khalifé
 Christian Klinger
 Sonia de La Provôté
 Laurent Lafon
 Florence Lassarade
 Michel Laugier
 Daniel Laurent
 Christine Lavarde
 Antoine Lefèvre
 Dominique de Legge
 Ronan Le Gleut
 Henri Leroy
 Stéphane Lé Rudulier
 Pierre-Antoine Levi
 Anne-Catherine Loisier
 Jean-François Longeon
 Vivette Lopez
 Viviane Malet
 Didier Mandelli
 David Margueritte
 Hervé Marseille
 Pascal Martin
 Pauline Martin
 Hervé Maurey
 Thierry Meignen
 Franck Menonville
 Marie Mercier
 Damien Michallet
 Brigitte Micouleau
 Alain Milon
 Jean-Marie Mizzon
 Albéric de Montgolfier
 Catherine Morin-Desailly
 Philippe Mouiller
 Marie-Pierre Mouton

Laurence Muller-Bronn
 Georges Naturel
 Anne-Marie Nédélec
 Louis-Jean de Nicolay
 Sylviane Noël
 Claude Nougein
 Olivier Paccaud
 Jean-Jacques Panunzi
 Paul Toussaint Parigi
 Anne-Sophie Patru
 Philippe Paul
 Jean-Gérard Paumier
 Clément Pernot
 Cédric Perrin
 Évelyne Perrot
 Annick Petrus
 Stéphane Piednoir
 Bernard Pillefer
 Kristina Pluchet
 Rémy Pointereau
 Sophie Primas
 Frédérique Puissat
 Jean-François Rapin
 Évelyne Renaud-Garabedian
 Bruno Retailleau
 Hervé Reynaud
 Olivia Richard
 Marie-Pierre Richer
 Olivier Rietmann
 Bruno Rojouan
 Jean-Luc Ruelle
 Denise Saint-Pé
 Hugues Saury
 Stéphane Sautarel
 Michel Savin
 Elsa Schalck
 Marc Séné
 Bruno Sido
 Jean Sol
 Laurent Somon
 Francis Szpiner
 Lana Tetuanui
 Sylvie Valente Le Hir
 Anne Ventalon
 Dominique Vérien
 Sylvie Vermeillet
 Jean Pierre Vogel

Abstentions :

Marie-Pierre Bessin-Guéris
 Corinne Bourcier
 Jean-Luc Brault
 Emmanuel Capus
 Daniel Chasseing
 Cédric Chevalier
 Laure Darcos

Jean-Pierre Grand
 Marc Laménie
 Marie-Claude Lermytte
 Vincent Louault
 Claude Malhuret
 Alain Marc
 Pierre Médeville

Vanina Paoli-Gagin
 Cyril Pellevat
 Pierre Jean Rochette
 Pierre-Jean Verzelen
 Cédric Vial
 Louis Vogel
 Dany Wattebled

N'ont pas pris part au vote :

Gérard Larcher,
 Président du Sénat
 Anne Chain-Larché,
 Présidente de séance

Olivier Bitz
 Aymeric Durox
 Nathalie Goulet
 Joshua Hochart

Stéphane Ravier
 Christopher Szczurek

SCRUTIN N° 52

sur les amendements identiques n° 656 rectifié, présenté par Mme Corinne Imbert au nom de la commission des affaires sociales, et n° 757 rectifié bis, présenté par Mme Brigitte Bourguignon et plusieurs de ses collègues, à l'article 21 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	340
Suffrages exprimés	339
Pour	321
Contre	18

Le Sénat a adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GROUPE LES RÉPUBLICAINS (130) :

Pour : 128

N'ont pas pris part au vote : 2 M. Gérard Larcher, Président du Sénat, Mme Anne Chain-Larché, Présidente de séance

GROUPE SOCIALISTE, ÉCOLOGISTE ET RÉPUBLICAIN (65) :

Pour : 65

GROUPE UNION CENTRISTE (59) :

Pour : 57

N'ont pas pris part au vote : 2 M. Olivier Bitz, Mme Nathalie Goulet

GROUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (20) :

Pour : 20

GROUPE RASSEMBLEMENT DES DÉMOCRATES, PROGRESSISTES ET INDÉPENDANTS (19) :

Contre : 18

Abstention : 1 M. Jean-Baptiste Lemoyne *

GROUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE - KANAKY (18) :

Pour : 18

GROUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :

Pour : 17

GROUPE ÉCOLOGISTE - SOLIDARITÉ ET TERRITOIRES (16) :

Pour : 16

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (4) :

N'ont pas pris part au vote : 4 MM. Aymeric Durox, Joshua Hochart, Stéphane Ravier, Christopher Szczurek

Ont voté pour :

Marie-Do Aeschlimann	Marie-Pierre Bessin-Guérin
Pascal Allizard	Christian Bilhac
Jean-Claude Anglars	Annick Billon
Jocelyne Antoine	Étienne Blanc
Cathy Apourceau-Poly	Grégory Blanc
Jean-Michel Arnaud	Jean-Baptiste Blanc
Viviane Artigalas	Florence Blatrix
Jérémy Bacchi	Contat
Jean Bacci	Yves Bleunven
Pierre Barros	Christine Bonfanti-Dossat
Alexandre Basquin	François Bonhomme
Arnaud Bazin	François Bonneau
Audrey Bélim	Nicole Bonnefoy
Bruno Belin	Michel Bonnus
Marie-Jeanne Bellamy	Alexandra Borchio
Nadine Bellutot	Fontimp
Catherine Belrhiti	Denis Bouad
Guy Benarroche	Corinne Bourcier

Hussein Bourgi
Brigitte Bourguignon
Jean-Marc Boyer
Valérie Boyer
Jean-Luc Brault
Sophie Briante
Guillemont
Isabelle Briquet
Max Brisson
Ian Brossat
Colombe Brossel
Céline Brulin
Christian Bruyen
François-Noël Buffet
Laurent Burgoa
Henri Cabanel
Alain Cadec
Olivier Cadic
Guislain Cambier
Christian Cambon

Marion Canalès	Fabien Gay	Viviane Malet
Agnès Canayer	Fabien Genet	Claude Malhuret
Michel Canévet	Frédérique Gerbaud	Didier Mandelli
Vincent Capo-Canellas	Hervé Gillé	Alain Marc
Emmanuel Capus	Annick Girardin	Monique de Marco
Rémi Cardon	Éric Gold	Marianne Margaté
Marie-Arlette Carlotti	Guillaume Gontard	David Margueritte
Maryse Carrère	Béatrice Gosselin	Didier Marie
Marie-Claire Carrère-Gée	Sylvie Goy-Chavent	Hervé Marseille
Alain Cazabonne	Jean-Pierre Grand	Pascal Martin
Christophe Chaillou	Michelle Gréaume	Pauline Martin
Patrick Chazine	Daniel Gremillet	Michel Masset
Yan Chantrel	Jacques Grosprin	Paulette Matray
Daniel Chasseing	Philippe Grovalet	Hervé Maurey
Alain Chatillon	Pascale Gruny	Pierre Médeville
Patrick Chauvet	Daniel Gueret	Thierry Meignen
Cédric Chevalier	Antoinette Guhl	Akli Mellouli
Guillaume Chevrollier	Jocelyne Guidez	Franck Menonville
Marta de Cidrac	Véronique Guillotin	Marie Mercier
Olivier Cigolotti	André Guiol	Serge Mérillou
Marie-Carole Cintu	Laurence Harribey	Damien Michallet
Catherine Concone	Ludovic Haye	Jean-Jacques Michau
Hélène Conway-Mouret	Olivier Henno	Brigitte Micouleau
Evelyne Corbière	Loïc Hervé	Alain Milon
Naminzo	Christine Herzog	Jean-Marie Mizzon
Jean-Pierre Corbisez	Jean Hingray	Marie-Pierre Monier
Édouard Courtial	Alain Houpert	Franck Montaugé
Thierry Cozic	Marie-Lise Rousseau	Alberic de Montgolfier
Cécile Cukierman	Jean-Raymond Hugonet	Catherine Morin-Desailly
Pierre Cuypers	Jean-François Husson	Philippe Mouiller
Karine Daniel	Corinne Imbert	Marie-Pierre Mouton
Ronan Dantec	Annick Jacquemet	Laurence Muller-Bronn
Laure Darcos	Micheline Jacques	Corinne Narassiguin
Mathieu Darnaud	Olivier Jacquin	Georges Naturé
Jérôme Darras	Yannick Jadot	Anne-Marie Nédélec
Raphaël Daubet	Éric Jeansannet	Louis-Jean de Nicolaï
Marc-Philippe Daubresse	Patrice Joly	Sylviane Noël
Vincent Delahaye	Bernard Jomier	Clémene Nougein
Nathalie Delattre	Lauriane Josende	Mathilde Ollivier
Bernard Delcros	Else Joseph	Said Omar Oli
Jean-Marc Delia	Gisèle Jourda	Alexandre Ouizille
Patricia Demas	Muriel Jourda	Pierre Ouzoulias
Stéphane Demilly	Mireille Jouve	Olivier Paccaud
Chantal Deseyne	Alain Joyandet	Guylène Pantel
Brigitte Devésa	Patrick Kanner	Jean-Jacques Panunzi
Gilbert-Luc Devinaz	Roger Karoutchi	Vanina Paoli-Gagin
Franck Dhersin	Claude Kern	Paul Toussaint Parigi
Catherine Di Folco	Eric Kerrouche	Anne-Sophie Patru
Élisabeth Doineau	Khalifé Khalifé	Philippe Paul
Thomas Dossus	Christian Klinger	Jean-Gérard Paumier
Sabine Drexler	Marie-Pierre de La Gontrie	Cyril Pellevat
Alain Duffourg	Sonia de La Provôté	Clément Pernot
Catherine Dumas	Laurent Lafon	Cédric Perrin
Françoise Dumont	Gérard Lahellec	Évelyne Perrot
Laurent Duplomb	Marc Laménié	Annick Petrus
Vincent Éblé	Ahmed Laouedj	Stéphane Piednoir
Frédérique Espagnac	Florence Lassarade	Bernard Pillefer
Dominique Estrosi	Michel Lauzier	Sebastien Pla
Sassone	Daniel Laurent	Kristina Pluchet
Jacqueline Eustache-Brinio	Christine Lavarde	Rémy Pointereau
Agnès Evren	Antoine Lefèvre	Raymonde Poncte Monge
Sébastien Fagnen	Dominique de Legge	Émilienne Poumirol
Daniel Fargeot	Ronan Le Gleut	Sophie Primas
Gilbert Favreau	Annie Le Houerou	Frédérique Puissat
Rémi Féraud	Marie-Claude Lermytte	Jean-François Rapin
Corinne Féret	Henri Leroy	Claude Raynal
Jacques Fernique	Stéphane Le Rudulier	Christian Redon-Sarrazzy
Bernard Fialaire	Pierre-Antoine Levi	Évelyne Renaud-Garabedian
Jean-Luc Fichet	Audrey Linkenheld	Bruno Retailleau
Isabelle Florennes	Anne-Catherine Loisier	Hervé Reynaud
Philippe Folliot	Jean-François Longeot	Olivia Richard
Christophe-André Frassa	Vivette Lopez	Marie-Pierre Richer
Amel Gacquerre	Vincent Louault	Olivier Rietmann
Laurence Garnier	Jean-Jacques Lozach	Sylvie Robert

Pierre-Alain Roiron
Bruno Rojouan
Anne-Sophie Romagny
David Ros
Laurence Rossignol
Jean-Yves Roux
Jean-Luc Ruelle
Denise Saint-Pé
Daniel Salmon
Hugues Saury
Stéphane Sautarel
Michel Savin
Pascal Savoldelli
Elsa Schalck
Marc Séné

Ghislaine Senée
Bruno Sido
Silvana Silvani
Jean Sol
Nadia Sollogoub
Laurent Somon
Anne Souyris
Lucien Stanzione
Francis Szpiner
Rachid Temal
Lana Tetuanui
Jean-Claude Tissot
Simon Uzenat
Sylvie Valente Le Hir
Mickaël Vallet

Marie-Claude Varaillas
Jean-Marc Vayssouze-Faure
Anne Ventalon
Dominique Vérien
Sylvie Vermeillet
Pierre-Jean Verzelen
Cédric Vial
Jean Pierre Vogel
Louis Vogel
Mélanie Vogel
Dany Wattebled
Michaël Weber
Robert Wienie Xowie
Adel Ziane

Ont voté contre :

Bernard Buis *
Frédéric Buval *
Samantha Cazebonne *
Nicole Duranton *
Stéphane Fouassin *
Nadège Havet *
Xavier Iacovelli *

Mikael Kulimoetoke *
Martin Lévrier *
Thani Mohamed Soilihi *
Solanges Nadille *
Georges Patient *
François Patriat *

Marie-Laure Phinera-Horth *
Didier Rambaud *
Teva Rohfritsch *
Patricia Schillinger *
Dominique Théophile *

Abstentions :

Jean-Baptiste Lemoyne *.

N'ont pas pris part au vote :

Gérard Larcher,
Président du Sénat
Anne Chain-Larché,
Présidente de séance

Olivier Bitz
Aymeric Durox
Nathalie Goulet
Joshua Hochart

Stéphane Ravier
Christopher Szczurek

* Lors de la séance du dimanche 23 novembre 2025, MM. Bernard Buis, Frédéric Buval, Mmes Samantha Cazebonne, Nicole Duranton, M. Stéphane Fouassin, Mme Nadège Havet, MM. Xavier Iacovelli, Mikael Kulimoetoke, Jean-Baptiste Lemoyne, Martin Lévrier, Thani Mohamed Soilihi, Mme Solanges Nadille, MM. Georges Patient, François Patriat, Mme Marie-Laure Phinera-Horth, MM. Didier Rambaud, Teva Rohfritsch, Mme Patricia Schillinger, M. Dominique Théophile ont fait savoir qu'ils auraient souhaité voter pour.

SCRUTIN N° 53

sur l'amendement n° 1363 rectifié, présenté par Mme Anne-Sophie Romagny et plusieurs de ses collègues, à l'article 21 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	340
Suffrages exprimés	340
Pour	154
Contre	186

Le Sénat n'a pas adopté

ANALYSE DU SCRUTIN**GROUPE LES RÉPUBLICAINS (130) :**

Contre : 128

N'ont pas pris part au vote : 2 M. Gérard Larcher, Président du Sénat, Mme Anne Chain-Larché, Présidente de séance

GROUPE SOCIALISTE, ÉCOLOGISTE ET RÉPUBLICAIN (65) :

Pour : 65

GROUPE UNION CENTRISTE (59) :

Pour : 16 Mmes Jocelyne Antoine, Annick Billon, Brigitte Bourguignon, MM. Guislain Cambier, Édouard Courtial, Bernard Delcros, Mme Brigitte Devesa, MM. Franck Dhersin, Alain Duffourg, Daniel Fargeot, Mme Jocelyne Guidez, MM. Olivier Henno, Franck Menonville, Mmes Anne-Sophie Romagny, Denise Saint-Pé, Nadia Sollogoub

Contre : 41

N'ont pas pris part au vote : 2 M. Olivier Bitz, Mme Nathalie Goulet

GROUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (20) :

Pour : 3 MM. Daniel Chasseing, Cédric Chevalier, Mme Marie-Claude Lermytte

Contre : 17

GROUPE RASSEMBLEMENT DES DÉMOCRATES, PROGRESSISTES ET INDÉPENDANTS (19) :

Pour : 19

GROUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE - KANAKY (18) :

Pour : 18

GROUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :

Pour : 17

GROUPE ÉCOLOGISTE - SOLIDARITÉ ET TERRITOIRES (16) :

Pour : 16

RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (4) :

N'ont pas pris part au vote : 4 MM. Aymeric Durox, Joshua Hochart, Stéphane Ravier, Christopher Szczurek

Ont voté pour :

Jocelyne Antoine	Maryse Carrère	Daniel Fargeot
Cathy Apourceau-Poly	Samantha Cazebonne	Rémi Féraud
Viviane Artigalas	Christophe Chaillou	Corinne Féret
Jérémie Bacchi	Yan Chantrel	Jacques Fernique
Pierre Barros	Daniel Chasseing	Bernard Fialaire
Alexandre Basquin	Cédric Chevalier	Jean-Luc Fichet
Audrey Bélim	Catherine Conconne	Stéphane Fouassin
Guy Benarroche	Hélène Conway-Mouret	Fabien Gay
Christian Bilhac	Evelyne Corbière	Hervé Gillé
Annick Billon	Naminzo	Annick Girardin
Grégory Blanc	Jean-Pierre Corbisez	Éric Gold
Florence Blatrix	Édouard Courtial	Guillaume Gontard
Contat	Thierry Cozic	Michelle Gréaume
Nicole Bonnefoy	Cécile Cukierman	Philippe Grosvalet
Denis Bouad	Karine Daniel	Antoinette Guelphiz
Hussein Bourgi	Ronan Dantec	Jocelyne Guidez
Brigitte Bourguignon	Jérôme Darras	Véronique Guillotin
Sophie Briante	Raphaël Daubet	André Guiol
Guillemont	Nathalie Delattre	Laurence Harribey
Isabelle Briquet	Bernard Delcros	Nadège Havet
Ian Brossat	Brigitte Devesa	Olivier Henno
Colombe Brossel	Gilbert-Luc Devinaz	Xavier Iacovelli
Céline Brulin	Franck Dhersin	Olivier Jacquin
Bernard Buis	Thomas Dossus	Yannick Jadot
Frédéric Buval	Alain Duffourg	Éric Jeansannet
Henri Cabanel	Nicole Duranton	Patrice Joly
Guislain Cambier	Vincent Éblé	Bernard Jomier
Marion Canalès	Frédérique Espagnac	Gisèle Jourda
Rémi Cardon	Marie-Arlette Carlotti	Mireille Jouve

Marie-Arlette Carlotti	Sébastien Fagnen	Patrick Kanner
------------------------	------------------	----------------

Éric Kerrouche
Mikaela Kulimoetoke
Marie-Pierre de La Gontrie
Gérard Lahellec
Ahmed Laouedj
Annie Le Houerou
Jean-Baptiste Lemoyne
Marie-Claude Lermytte
Martin Lévrier
Audrey Linkenheld
Jean-Jacques Lozach
Monique Lubin
Victorin Lurel
Monique de Marco
Marianne Margaté
Didier Marie
Michel Masset
Paulette Matray
Akli Mellouli
Franck Menonville
Serge Mérillou
Jean-Jacques Michau
Thani Mohamed Soilihi

Marie-Pierre Monier
Franck Montaugé
Solanges Nadille
Corinne Narassiguin
Mathilde Ollivier
Saïd Omar Oili
Alexandre Ouizille
Pierre Ouzoulias
Guylène Pantel
Georges Patient
François Patriat
Marie-Laure Phinera-Horth
Sebastien Pla
Raymonde Poncet Monge
Émilienne Poumirol
Didier Rambaud
Claude Raynal
Christian Redon-Sarrazay
Sylvie Robert
Teva Rohfritsch
Pierre-Alain Roiron
Anne-Sophie Romagny

David Ros
Laurence Rossignol
Jean-Yves Roux
Denise Saint-Pé
Daniel Salmon
Pascal Savoldelli
Patricia Schillinger
Ghislaine Senée
Silvana Silvani
Nadia Sollogoub
Anne Souyris
Lucien Stanzione
Rachid Temal
Dominique Théophile
Jean-Claude Tissot
Simon Uzenat
Mickaël Vallet
Marie-Claude Varaillas
Jean-Marc Vayssouze-Faure
Mélanie Vogel
Michaël Weber
Robert Wienie Xowie
Adel Ziane

Olivier Paccaud
Jean-Jacques Panunzi
Vanina Paoli-Gagin
Paul Toussaint Parigi
Anne-Sophie Patru
Philippe Paul
Jean-Gérard Paumier
Cyril Pellevat
Clément Pernot
Cédric Perrin
Évelyne Perrot
Annick Petrus
Stéphane Piednoir
Bernard Pillefer
Kristina Pluchet
Rémy Pointereau

Sophie Primas
Frédérique Puissat
Jean-François Rapin
Évelyne Renaud-Garabedian
Bruno Retailleau
Hervé Reynaud
Olivia Richard
Marie-Pierre Richer
Olivier Rietmann
Pierre Jean Rochette
Bruno Rojouan
Jean-Luc Ruelle
Hugues Saury
Stéphane Sautarel
Michel Savin

Elsa Schalck
Marc Séné
Bruno Sido
Jean Sol
Laurent Somon
Francis Szpiner
Lana Tetuanui
Sylvie Valente Le Hir
Anne Ventalon
Dominique Vérien
Sylvie Vermeillet
Pierre-Jean Verzelen
Cédric Vial
Jean Pierre Vogel
Louis Vogel
Dany Wattebled

N'ont pas pris part au vote :

Gérard Larcher,
Président du Sénat
Anne Chain-Larché,
Présidente de séance

Olivier Bitz
Aymeric Durox
Nathalie Goulet
Joshua Hochart

Stéphane Ravier
Christopher Szczurek

SCRUTIN N° 54

sur les amendements identiques n° 659, présenté par Mme Corinne Imbert au nom de la commission des affaires sociales, et n° 797 rectifié quater, présenté par Mme Véronique Guillotin et plusieurs de ses collègues, à l'article 21 bis du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, compte tenu de l'ensemble des délégations de vote accordées par les sénateurs aux groupes politiques et notifiées à la Présidence :

Nombre de votants	340
Suffrages exprimés	337
Pour	302
Contre	35

Le Sénat a adopté

ANALYSE DU SCRUTIN

GROUPE LES REPUBLICAINS (130) :

Pour : 128

N'ont pas pris part au vote : 2 M. Gérard Larcher, Président du Sénat, Mme Anne Chain-Larché, Présidente de séance

GROUPE SOCIALISTE, ÉCOLOGISTE ET REPUBLICAIN (65) :

Pour : 65

GROUPE UNION CENTRISTE (59) :

Pour : 56

Abstention : 1 Mme Élisabeth Doineau

N'ont pas pris part au vote : 2 M. Olivier Bitz, Mme Nathalie Goulet

GROUPE LES INDÉPENDANTS - RÉPUBLIQUE ET TERRITOIRES (20) :

Pour : 2 Mme Laure Darcos, M. Pierre-Jean Verzelen

Contre : 16

Abstentions : 2 Mmes Corinne Bourcier, Marie-Claude Lermytte

GROUPE RASSEMBLEMENT DES DÉMOCRATES, PROGRESSISTES ET INDÉPENDANTS (19) :

Contre : 19

Marie-Do Aeschlimann
Pascal Allizard
Jean-Claude Anglars
Jean-Michel Arnaud
Jean Bacci
Arnaud Bazin
Bruno Belin
Marie-Jeanne Bellamy
Nadine Bellurot
Catherine Belrhiti
Martine Berthet
Marie-Pierre Bessin-Guérit
Étienne Blanc
Jean-Baptiste Blanc
Yves Bleunven
Christine Bonfanti-Dossat
François Bonhomme
François Bonneau
Michel Bonnus
Alexandra Borchio Fontimp
Corinne Bourcier
Jean-Marc Boyer
Valérie Boyer
Jean-Luc Brault
Max Brisson
Christian Bruyen
François-Noël Buffet
Laurent Burgoa
Alain Cadec
Olivier Cadic
Christian Cambon
Agnès Canayer
Michel Canévet
Vincent Capo-Canellas
Emmanuel Capus
Marie-Claire Carrère-Gée
Alain Cazabonne
Patrick Chaize
Alain Chatillon
Patrick Chauvet
Guillaume Chevrollier
Marta de Cidrac
Olivier Cigolotti
Marie-Carole Ciuntu
Pierre Cuypers

Laure Darcos
Mathieu Darnaud
Marc-Philippe Daubresse
Vincent Delahaye
Jean-Marc Delia
Patricia Demas
Stéphane Demilly
Chantal Deseyne
Catherine Di Folco
Elisabeth Doineau
Sabine Drexlér
Catherine Dumas
Françoise Dumont
Laurent Duplomb
Dominique Estrosi-Sassone
Jacqueline Eustache-Brinio
Agnès Evren
Gilbert Favreau
Isabelle Florennes
Philippe Folliot
Christophe-André Frassa
Amel Gacquerre
Laurence Garnier
Fabien Genet
Frédérique Gerbaud
Béatrice Gosselin
Sylvie Goy-Chavent
Jean-Pierre Grand
Daniel Gremillet
Jacques Grosprerrin
Pascal Gruny
Daniel Gueret
Ludovic Haye
Loïc Hervé
Christine Herzog
Jean Hingray
Alain Houpet
Marie-Lise Housseau
Jean-Raymond Hugonet
Jean-François Husson
Corinne Imbert
Annick Jacquemet
Micheline Jacques
Lauriane Josende
Else Joseph
Muriel Jourda

Alain Joyandet
Roger Karoutchi
Claude Kern
Khalifé Khalifé
Christian Klinger
Sonia de La Provôte
Laurent Lafon
Marc Laménie
Florence Lassarade
Michel Laugier
Daniel Laurent
Christine Lavarde
Antoine Lefèvre
Dominique de Legge
Ronan Le Gleut
Henri Leroy
Stéphane Le Rudulier
Pierre-Antoine Levi
Anne-Catherine Loisier
Jean-François Longeot
Vivette Lopez
Vincent Louault
Viviane Malet
Claude Malhuret
Didier Mandelli
Alain Marc
David Margueritte
Hervé Marseille
Pascal Martin
Pauline Martin
Hervé Maurey
Pierre Médevielle
Thierry Meignen
Marie Mercier
Damien Michallet
Brigitte Micouleau
Alain Milon
Jean-Marie Mizzon
Albéric de Montgolfier
Catherine Morin-Desailly
Philippe Mouiller
Marie-Pierre Mouton
Laurence Muller-Bronn
Georges Naturel
Anne-Marie Nédélec
Louis-Jean de Nicolay
Sylviane Noël
Claude Nougein

GROUPE COMMUNISTE RÉPUBLICAIN CITOYEN ET ÉCOLOGISTE - KANAKY (18) :*Pour : 18***GROUPE DU RASSEMBLEMENT DÉMOCRATIQUE ET SOCIAL EUROPÉEN (17) :***Pour : 17***GROUPE ÉCOLOGISTE - SOLIDARITÉ ET TERRITOIRES (16) :***Pour : 16***RÉUNION ADMINISTRATIVE DES SÉNATEURS NE FIGURANT SUR LA LISTE D'AUCUN GROUPE (4) :***N'ont pas pris part au vote : 4 MM. Aymeric Durox, Joshua Hochart, Stéphane Ravier, Christopher Szczurek***Ont voté pour :**

Marie-Do Aeschlimann
 Pascal Allizard
 Jean-Claude Anglars
 Jocelyne Antoine
 Cathy Apourceau-Poly
 Jean-Michel Arnaud
 Viviane Artigalas
 Jérémie Bacchi
 Jean Bacci
 Pierre Barros
 Alexandre Basquin
 Arnaud Bazin
 Audrey Bélim
 Bruno Belin
 Marie-Jeanne Bellamy
 Nadine Bellurot
 Catherine Belrhiti
 Guy Benarroche
 Martine Berthet
 Christian Bilhac
 Annick Billon
 Étienne Blanc
 Grégory Blanc
 Jean-Baptiste Blanc
 Florence Blatrix
 Contat
 Yves Bleunven
 Christine Bonfanti-Dossat
 François Bonhomme
 François Bonneau
 Nicole Bonnefoy
 Michel Bonnus
 Alexandra Borchio
 Fontimp
 Denis Bouad
 Hussein Bourgi
 Brigitte Bourguignon
 Jean-Marc Boyer
 Valérie Boyer
 Sophie Briante
 Guillemon
 Isabelle Briquet
 Max Brisson
 Ian Brossat
 Colombe Brossel
 Céline Brulin
 Christian Bruyen
 François-Noël Buffet
 Laurent Burgoa
 Henri Cabanel
 Alain Cadec
 Olivier Cadic
 Guislain Cambier
 Christian Cambon
 Marion Canalès

Agnès Canayer
 Michel Canévet
 Vincent Capo-Canellas
 Rémi Cardon
 Marie-Arlette Carlotti
 Maryse Carrère
 Marie-Claire Carrère-Gée
 Alain Cazabonne
 Christophe Chaillou
 Patrick Chaize
 Yan Chantrel
 Alain Chatillon
 Patrick Chauvet
 Guillaume Chevrollier
 Marta de Cidrac
 Olivier Cigolotti
 Marie-Carole Ciuntu
 Catherine Conconne
 Hélène Conway-Mouret
 Evelyne Corbière-Naminzo
 Jean-Pierre Corbisez
 Édouard Courtial
 Thierry Cozic
 Cécile Cukierman
 Pierre Cuypers
 Karine Daniel
 Ronan Dantec
 Laure Darcos
 Mathieu Darnaud
 Jérôme Darras
 Raphaël Daubet
 Marc-Philippe Daubresse
 Vincent Delahaye
 Nathalie Delattre
 Bernard Delcros
 Jean-Marc Delia
 Patricia Demas
 Stéphane Demilly
 Chantal Deseyne
 Brigitte Devésa
 Gilbert-Luc Devinaz
 Franck Dhersin
 Catherine Di Folco
 Thomas Dossus
 Sabine Drexlér
 Alain Duffourg
 Catherine Dumas
 Françoise Dumont
 Laurent Duplomb
 Vincent Éble
 Frédérique Espagnac

Lauriane Josende
 Else Joseph
 Gisèle Jourda
 Muriel Jourda
 Mireille Jouve
 Alain Joyandet
 Patrick Kanner
 Roger Karoutchi
 Claude Kern
 Éric Kerrouche
 Khalifé Khalifé
 Christian Klinger
 Marie-Pierre de La Gontrie

Sonia de La Provôté
 Laurent Lafon
 Gérard Lahellec
 Ahmed Laouedj
 Florence Lassarade
 Michel Laugier
 Daniel Laurent
 Christine Lavarde
 Antoine Lefèvre
 Dominique de Legge
 Ronan Le Gleut
 Annie Le Houerou
 Henri Leroy
 Stéphane Le Rudulier
 Pierre-Antoine Levi
 Audrey Linkenheld
 Anne-Catherine Loisier
 Jean-François Longeot
 Vivette Lopez
 Jean-Jacques Lozach
 Monique Lubin
 Victorin Lurel
 Viviane Malet
 Didier Mandelli
 Monique de Marco
 Marianne Margaté
 David Margueritte
 Didier Marie
 Hervé Marseille
 Pascal Martin
 Pauline Martin
 Michel Masset
 Paulette Matray
 Hervé Maurey
 Thierry Meignen
 Aki Melloli
 Franck Menonville

Marie Mercier
 Serge Mérillou
 Damien Michallet
 Jean-Jacques Michau
 Brigitte Micouleau
 Alain Milon
 Jean-Marie Mizzon
 Marie-Pierre Monier
 Franck Montaugé
 Albéric de Montgolfier
 Catherine Morin-Desally
 Philippe Mouiller
 Marie-Pierre Mouton
 Laurence Muller-Bronn

Laurence Rossignol
 Jean-Yves Roux
 Jean-Luc Ruelle
 Corinne Narassiguin
 Georges Naturel
 Anne-Marie Nédélec
 Louis-Jean de Nicolay
 Sylviane Noël
 Claude Nougein
 Mathilde Ollivier
 Saïd Omar Oili
 Alexandre Ouizille
 Pierre Ouzoulias
 Olivier Paccaud
 Guylène Pantel
 Jean-Jacques Panunzi
 Paul Toussaint Parigi
 Anne-Sophie Patru
 Philippe Paul
 Jean-Gérard Paumier
 Clément Pernot
 Cédric Perrin
 Évelyne Perrot
 Annick Petrus
 Stéphane Piednoir
 Bernard Pillefer
 Sébastien Pla
 Kristina Pluchet
 Rémy Pointereau
 Raymonde Ponct
 Monge
 Émilienne Poumirol
 Sophie Primas
 Frédérique Puissat
 Jean-François Rapin
 Claude Raynal
 Christian Redon-Sarrazay

Ont voté contre :

Marie-Pierre Bessin-Guérin
 Jean-Luc Brault
 Bernard Buis
 Frédéric Buval
 Emmanuel Capus
 Samantha Cazebonne
 Daniel Chasseing
 Cédric Chevalier
 Nicole Duranton
 Stéphane Fouassin
 Jean-Pierre Grand
 Nadège Havet

Xavier Iacovelli
 Mikaela Kulimoetoke
 Marc Laménie
 Jean-Baptiste Lemoyne
 Martin Lévrier
 Vincent Louault
 Claude Malhuret
 Alain Marc
 Pierre Médeville
 Thani Mohamed
 Soilihi
 Solanges Nadille
 Vanina Paoli-Gagin

Georges Patient
 François Patriat
 Cyril Pellevat
 Marie-Laure Phinera-Horth
 Didier Rambaud
 Pierre Jean Rochette
 Teva Rohfritsch
 Patricia Schillinger
 Dominique Théophile
 Louis Vogel
 Dany Wattebled

Abstentions :*Corinne Bourcier, Élisabeth Doineau, Marie-Claude Lermytte.***N'ont pas pris part au vote :**

Gérard Larcher, Président du Sénat
 Anne Chain-Larché, Présidente de séance

Olivier Bitz
 Aymeric Durox
 Nathalie Goulet
 Joshua Hochart

Stéphane Ravier
 Christopher Szczurek