

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

1 7 ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires sociales

- Suite de l'examen, en nouvelle lecture, du projet de loi, modifié par le Sénat, de financement de la sécurité sociale pour 2026 (n° 2141) (M. Thibault Bazin, rapporteur général ; M. Hadrien Clouet, Mme Anne Bergantz, Mme Sandrine Runel et M. Gaëtan Dussausaye, rapporteurs) 2
- Présences en réunion 74

Samedi

29 novembre 2025

Séance de 14 heures 30

Compte rendu n° 27

SESSION ORDINAIRE DE 2025-2026

**Présidence de
M. Frédéric Valletoux,
président**



La réunion commence à quatorze heures trente.

(Présidence de M. Frédéric Valletoux, président)

La commission poursuit l'examen, en nouvelle lecture le projet de loi, modifié par le Sénat, de financement de la sécurité sociale pour 2026 (n° 2141) (M. Thibault Bazin, rapporteur général ; M. Hadrien Clouet, Mme Anne Bergantz, Mme Sandrine Runel et M. Gaëtan Dussausaye, rapporteurs).

Article 10 : *Simplifier la régulation du secteur des médicaments*

Amendement AS590 de M. Thibault Bazin

M. Thibault Bazin, rapporteur général. Contre l'avis de la commission et du Gouvernement, le Sénat a exclu l'acquisition de médicaments par Santé publique France pour les stocks stratégiques de l'État de l'assiette des deux contributions que sont la clause de sauvegarde et la nouvelle part supplémentaire de la contribution sur le chiffre d'affaires. L'amendement propose de revenir sur ces deux modifications.

Son adoption satisferait les amendements identiques AS43, AS287 et AS405, lesquels proposent cette réintégration uniquement pour la clause de sauvegarde, et l'amendement AS176, qui propose la réintégration à l'assiette de la nouvelle part supplémentaire de la contribution sur le chiffre d'affaires en même temps qu'un retour à l'assiette brute. J'avais donné mon accord en première lecture sur ce dernier point, mais je pense désormais qu'il faut considérer ensemble tous les paramètres – assiette, redevables, taux, mode de recouvrement. Il me semble donc préférable d'attendre la séance publique.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*En conséquence, les amendements identiques AS43 de Mme Ségolène Amiot, AS287 de Mme Karine Lebon et AS405 de M. Hendrik Davi, ainsi que les amendements AS173 et AS176 de Mme Élise Leboucher **tombent**.*

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement AS48 de M. Damien Maudet.*

Amendement AS351 de M. Michel Lauzzana

M. Michel Lauzzana (EPR). J'ai déposé plusieurs amendements qui partent du principe selon lequel il faut favoriser les petites industries pharmaceutiques. Celui-ci vise à exclure les spécialités de référence à bas prix de la contribution due par les entreprises au titre de la clause de sauvegarde ; en effet, ces médicaments anciens rapportent très peu de bénéfices et leur fabrication risque d'être supprimée.

M. le rapporteur général. J'ai envie de soutenir cet amendement la main sur le cœur, comme celui sur les génériques, mais il faut faire attention à ne pas bouleverser l'équilibre de l'article 10 en prévoyant un traitement dérogatoire en fonction du prix de vente.

Il existe déjà un traitement différent selon que les médicaments sont sous brevet, comme les spécialités de référence taxées normalement – quoique désormais sur une assiette nette –, ou non, comme les génériques ou les produits sous tarif forfaitaire de

responsabilité (TFR), désormais exonérés. Il existe aussi un traitement différent selon le chiffre d'affaires de l'entreprise : à la suite de l'amendement gouvernemental adopté par le Sénat, un taux réduit s'appliquera aux entreprises dont le chiffre d'affaires ne dépasse pas 50 millions d'euros, ce qui suffit à couvrir les petits laboratoires que vous évoquez.

Je crains que l'amendement n'entraîne des effets de bord et des distorsions en fonction du seuil retenu par le décret. Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

M. Michel Lauzzana (EPR). Je le retire en vue de mieux l'analyser avant la séance, mais je n'ai pas dit mon dernier mot.

L'amendement est retiré.

Amendement AS192 de M. Damien Maudet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Nous proposons de supprimer la limitation à 10 % du chiffre d'affaires de la contribution des laboratoires pharmaceutiques au titre de la clause de sauvegarde, qui s'apparente à un gros cadeau.

M. le rapporteur général. L'évolution de la clause de sauvegarde vise à maintenir le rendement de celle-ci à 1,6 milliard d'euros en 2026. Il n'y a donc pas de cadeau car les entreprises vont contribuer. Si nous voulons continuer à produire en France, il ne faut pas alourdir le taux. Outre ce désaccord sur le fond, l'amendement présente un problème de forme, car il faudrait supprimer l'alinéa 34 pour qu'il soit effectif.

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS174 de Mme Élise Leboucher et AS198 de Mme Ségolène Amiot, amendement AS288 de M. Yannick Monnet (discussion commune)

M. Damien Maudet (LFI-NFP). L'amendement AS174 est défendu.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Dans le même esprit, nous voulons supprimer la limitation à 12 % du chiffre d'affaires au titre de la clause de sauvegarde. Il n'y a pas de nouveau cadeau, soit, mais on gèle la possibilité d'un cadeau ; cela reste un cadeau. À l'heure où l'on cherche à limiter les dépenses sociales et à améliorer les recettes, nous proposons une amélioration.

M. le rapporteur général. Il n'y a pas de cadeau. Les entreprises pharmaceutiques paient l'impôt sur les sociétés, la TVA et toutes les contributions auxquelles les entreprises sont soumises, et elles versent de surcroît une taxe supplémentaire à hauteur de 1,6 milliard d'euros. C'est un montant beaucoup plus élevé que celui qui leur était demandé il y a trois ou cinq ans. La réforme de la clause de sauvegarde a créé un troisième étage qui fonctionne comme un filet de sécurité ; si les dépenses liées aux médicaments augmentaient, comme vous le redoutez, les entreprises seraient redevables de cette somme. C'est déjà très bien.

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS205 de M. Hadrien Clouet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS152 de M. Damien Maudet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement.*

Amendements AS155 de Mme Ségolène Amiot et AS406 de M. Hendrik Davi (discussion commune)

M. Hendrik Davi (EcoS). En dix ans, le marché du médicament est passé de 24,7 à 36,5 milliards d'euros en France, soit une augmentation de 11,8 milliards. C'est une part importante des dépenses de la sécurité sociale. Une telle inflation fragilise la soutenabilité du système de santé, dans la mesure où chaque milliard versé à l'industrie pharmaceutique est 1 milliard de moins pour l'hôpital. L'amendement propose donc d'augmenter la contribution additionnelle sur le chiffre d'affaires des laboratoires pour les médicaments remboursables.

Le marché du médicament n'est pas un marché comme les autres ; les prix y sont régulés, car une partie des médicaments est remboursée par la sécurité sociale. Je rappelle qu'à l'échelle mondiale, les laboratoires pharmaceutiques versent près de 370 milliards d'euros de dividendes à leurs actionnaires, ce qui équivaut au montant qu'ils consacrent à la recherche et au développement.

M. le rapporteur général. L'augmentation de 11 milliards d'euros ne s'est pas faite en un an. D'ailleurs, depuis 2017, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) a progressé de 80 milliards du fait de la hausse des salaires, de l'augmentation du coût de l'énergie et de l'inflation, à périmètre constant. Il faut y ajouter des besoins croissants du fait du vieillissement de la population, qui fait progresser la consommation de médicaments, et la création de produits innovants qui font baisser la mortalité et améliorent la qualité de vie. Sans augmentation des moyens, notre pays risque de rester à la traîne en matière d'innovation et d'accès aux médicaments.

J'adhère à votre vision du prix régulé des médicaments. Cependant, vous parlez des dividendes comme si toutes les entreprises pharmaceutiques avaient les mêmes résultats ; pourtant, certaines ont des résultats moindres que d'autres et celles qui sont en train d'engager des innovations n'en touchent pas encore les fruits. Votre proposition risque de leur être préjudiciable et, partant, de faire du tort aux patients français.

M. Philippe Vigier (Dem). Cela fait de nombreuses années que nous débattons de la clause de sauvegarde pour les médicaments. Il est vrai que les chiffres ont beaucoup progressé. Toutefois, comme le rappelait M. le rapporteur général à l'instant, les dépenses de l'assurance maladie ont progressé plus vite encore, puisqu'elles ont augmenté de 40 % en dix ans. De la même manière, les résultats des entreprises pharmaceutiques sont disparates : s'il est vrai que certains grands groupes ont fait des profits importants, d'autres laboratoires plus petits ne font quasiment pas de marge sur les médicaments anciens – c'était le sens de l'amendement présenté tout à l'heure par M. Lauzzana.

Je rappelle que 85 % des médicaments sont fabriqués hors de l'Union européenne. Ici même, nous avons été appelés à prendre des décisions pour gérer les stocks. Nous devons

faire attention à ne pas accélérer l'*outsourcing*. Une clause de sauvegarde à 1,6 milliard d'euros, c'est déjà extraordinairement élevé.

Il y a aussi le problème de l'assiette, évoqué pour les médicaments biosimilaires et les médicaments anciens ; son ajustement nécessite un travail d'assemblage plus précis, car les groupements de distributeurs pharmaceutiques ont évolué. Sinon, c'est la perspective de fabrication des médicaments en France et en Europe qui risque de s'envoler, alors qu'il s'agit d'entreprises à forte valeur ajoutée et qu'elles offrent à leurs salariés une rémunération attractive.

M. Michel Lauzzana (EPR). M. Vigier a dit exactement ce que je pensais. Tous les rapports montrent que le signal prix est important pour les laboratoires ; il faut le manipuler avec doigté pour ne pas aggraver la pénurie de médicaments.

L'exposé sommaire de l'amendement de M. Davi remet en cause l'efficacité et la sécurité de certains médicaments. Attention : nous ne pouvons pas faire le travail de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) et de la Haute Autorité de santé (HAS), qui sont des organismes reconnus au niveau international pour leur performance dans l'évaluation des médicaments. Je voterai contre cet amendement.

M. Hendrik Davi (EcoS). La progression des prix du médicament est bien documentée dans le rapport « Charges et produits » de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) : alors qu'elle était inférieure à 1 % par an jusqu'au covid, elle est désormais de 4 % par an. Il y a une vraie spéculation sur les thérapies innovantes de la part d'une partie de l'industrie pharmaceutique.

La menace de pénurie appelle un débat stratégique en vue de réinvestir la production de médicaments sur notre territoire. Avec le rapport de forces entre la Chine, l'Inde et les États-Unis, nous ne pouvons pas dépendre de l'Inde pour les réactifs. C'est un problème de souveraineté sanitaire.

Mme Joëlle Mélin (RN). En France, il est possible d'obtenir des tarifs satisfaisants pour les entreprises qui mettent sur le marché de nouveaux produits. En revanche, le prix des médicaments courants, ceux qui sauvent des vies, est beaucoup trop bas – on sauve une vie pour 6 euros. C'est une des raisons de la pénurie. Les distributeurs européens n'ont aucun intérêt à commercialiser leurs produits en France, car ils n'y font plus aucune marge ; de surcroît, une partie de la chaîne de valeur est située à l'étranger depuis fort longtemps du fait de la mondialisation. Tant qu'une grande partie de la chaîne de valeur, voire toute la chaîne de valeur, ne se situera pas en Europe, nous n'y arriverons pas. Il est incongru de vouloir les taxer à tout-va.

M. le rapporteur général. Les conclusions de la mission « flash » du Comité économique des produits de santé (Ceps) de l'été dernier sont éclairantes concernant le défi du pilotage du coût des médicaments innovants. Ces deux amendements frappent tous les médicaments, qu'ils soient innovants ou non. Cela portera préjudice à ceux dont le prix est régulé et pour lesquels il n'y a ni abus ni spéculation et risque de créer des pénuries.

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

Amendement AS289 de M. Yannick Monnet

M. Yannick Monnet (GDR). L'amendement propose de taxer les entreprises pharmaceutiques implantées sur notre territoire qui délocalisent leur siège social ou leurs outils de production ou de recherche.

M. le rapporteur général. La cible de l'amendement n'est pas bien définie : il mentionne « les entreprises », ce qui fait référence à l'ensemble d'entre elles et pas seulement aux entreprises pharmaceutiques. En outre, l'assiette de la taxe est baroque, le taux énorme, et l'amendement ne tient pas compte du fait que toutes les entreprises ne sont pas valorisées en Bourse. Je préfère inciter la production industrielle et la recherche à rester en France. Pour cela, il y a une solution, qui est l'inverse de la vôtre : ne pas augmenter les impôts, mais les baisser, ou en tout cas les stabiliser.

M. Yannick Monnet (GDR). Que la taxe puisse s'appliquer à toutes les entreprises n'est pas pour moi un motif de crainte comme pour vous ; mais s'il faut revoir la rédaction de l'amendement, j'y suis disposé. Cependant, on voit bien que votre stratégie ne fonctionne pas : exonérer les entreprises ne les empêche pas de partir.

La commission rejette l'amendement.

Amendements AS49 de Mme Ségolène Amiot et AS348 de M. Michel Lauzzana (discussion commune)

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Nous proposons de réintégrer les génériques et les médicaments sous tarif de responsabilité dans l'assiette de la contribution supplémentaire. L'industrie pharmaceutique et ses dirigeants se portent très bien : leurs dividendes sont en hausse depuis trente ans. Ils sont capables de le supporter.

M. Michel Lauzzana (EPR). Dans la version du Sénat, seuls les génériques et les spécialités de référence sous tarif de responsabilité au même prix que les génériques sont exclus de l'assiette de la contribution supplémentaire. Je souhaite que les spécialités de référence à bas prix en soient également exclues.

M. le rapporteur général. L'article 10 a bien changé : dans sa version initiale, il prévoyait une assiette brute avec un taux réduit pour les génériques, les biosimilaires et les hybrides ; dans la version actuelle, nous avons une assiette nette et les génériques en sont exclus. Vous proposez, ma chère collègue, de les y réintégrer. Il me semble que notre commission avait émis le souhait de les en sortir, ou du moins de prévoir un taux réduit. Lorsque j'ai interrogé les organisations représentatives, elles m'ont dit que l'article 10 leur convenait tel qu'il est. Je propose de maintenir l'équilibre existant. Vous pourrez en débattre en séance avec le Gouvernement, qui a mené ces concertations.

Monsieur Lauzzana, le problème est le même qu'à propos de l'amendement AS351. Si on enlève encore des médicaments de l'assiette, ceux qui y restent prendront plein pot le 1,6 milliard d'euros. De plus, les entreprises qui font moins de 50 millions de chiffre d'affaires bénéficient déjà d'un taux réduit ; cela devrait déjà couvrir toutes celles que vous visez. Dès lors, ce sont les entreprises à gros chiffre d'affaires que vous allez exonérer.

Avis défavorable aux deux amendements.

M. Michel Lauzzana (EPR). Votre réponse sur le taux réduit ne contredit pas mon amendement. D'ailleurs, les organisations représentatives auxquelles vous vous référez sont

tenues par les gros laboratoires ; or je veux protéger les petits laboratoires qui fabriquent en France.

*La commission **rejette** l'amendement AS49 puis **adopte** l'amendement AS348.*

Amendements AS162 de M. Hadrien Clouet et AS165 de Mme Élise Leboucher (discussion commune)

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Le premier amendement prévoit une modulation de la contribution supplémentaire à la hausse selon le total des financements et aides publiques perçus l'année précédente. Nous avons appris, grâce à nos collègues sénateurs, que 211 milliards d'euros sont offerts chaque année aux entreprises, dont 108 milliards d'aides publiques directes ; une part significative de ces aides est captée par les laboratoires pharmaceutiques. Il n'est pas complètement « déconnant » de vouloir les rétribuer en fonction de ce qu'elles ont perçu.

Le second amendement propose une modulation liée aux dividendes versés qui devrait satisfaire M. Lauzzana, puisqu'elle protégera les petits laboratoires qui ne font pas de gros bénéfices et ne versent pas, ou très peu, de dividendes. M. le rapporteur général devrait être content, lui aussi, car les laboratoires en attente de rendement, eux non plus, ne versent pas de dividendes. L'amendement cible donc les gros laboratoires pharmaceutiques.

En attendant l'avènement d'un pôle public du médicament qui permettra la fabrication française des médicaments dont nous avons besoin pour constituer des réserves stratégiques et assurer la souveraineté du pays, nous proposons de faire participer ceux qui se gavent.

M. le rapporteur général. Je n'emploierai pas le même vocabulaire que vous, mais ces deux amendements ne fonctionnent pas. Il conviendrait de les retravailler en vue de la séance publique.

Le premier propose une contribution modulée en fonction des aides publiques. Ce n'est pas possible, car le législateur doit fixer le taux de l'impôt ; s'il le ne fait pas, cela s'appelle l'incompétence négative et c'est un motif immédiat de censure par le Conseil constitutionnel.

Le second donne la modulation de l'impôt, mais pas sa formulation. Là aussi, c'est un motif de censure. En outre, si les entreprises savent que les risques qu'elles prennent ne seront jamais payés de résultats, plus personne n'innovera en France ! C'est toute la logique de l'investissement. En fin de compte, cela se retournera contre les patients.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

Amendement AS168 de M. Damien Maudet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement devrait faire plaisir à M. le rapporteur général puisqu'il supprime l'alinéa 34, comme il nous y appelait tout à l'heure.

M. le rapporteur général. Avis défavorable. Je suis en désaccord avec le fond de votre proposition.

La commission rejette l'amendement.

Amendement AS170 de Mme Ségolène Amiot, AS178 de M. Hadrien Clouet et AS179 de Mme Élise Leboucher

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Il ne s'agit plus ici de faire contribuer un secteur en fonction des profits qu'il engrange, mais de sanctionner ceux qui se comportent mal, en l'espèce ceux qui ne remplissent pas leurs obligations déclaratives auprès de l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (Urssaf). Le montant des pénalités prévues en cas de manquement à ces obligations est si faible qu'il est plus rentable de mal déclarer, quitte à se faire attraper, que de faire l'effort d'y souscrire. Nous proposons donc un taux plus dissuasif – quoique transformer 0,05 % en 0,5 % soit presque de l'ordre du rédactionnel. Le deuxième amendement augmente la majoration forfaitaire pour défaut de déclaration auprès des Urssaf. Le troisième propose la même chose, avec un zéro en plus.

M. le rapporteur général. Monsieur Clouet, passer de 100 000 euros à 1 million ou de 2 000 à 50 000 euros, ce n'est pas une paille ! Je vous ai connu plus laxiste. J'espère que nous retrouverons votre sévérité pénale sur d'autres textes.

Le calcul du chiffre d'affaires retenu pour les taxes en question est d'une complexité sans nom du fait de la lourdeur du circuit déclaratif : rappelez-vous nos échanges avec la direction de la sécurité sociale (DSS) concernant les erreurs commises à partir de leurs 400 hypothèses... Que celui qui est certain de tout faire remonter sans erreur du premier coup jette la première pierre aux entreprises ! Vous êtes d'une sévérité considérable vis-à-vis d'un secteur qui est déjà très surveillé et lourdement imposé. C'est votre ligne, mais j'estime que ce n'est pas judicieux.

Avis défavorable.

La commission rejette successivement les amendements.

Amendement AS51 de M. Hadrien Clouet

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). L'amendement vise à moduler le calendrier afin que la contribution supplémentaire des laboratoires pharmaceutiques soit versée dès l'année qui s'ouvre.

Nous ne sommes pas de grands amateurs des décalages de calendrier, pour deux raisons simples.

Premièrement, les acteurs les plus importants du secteur accumulent les profits et versent des dividendes extraordinaires au détriment de l'investissement et de la R&D, ce qui freine le progrès technologique et celui des connaissances scientifiques.

Deuxièmement, nous avons besoin d'argent public pour intervenir. L'entreprise LDR Médical, dans la banlieue de Troyes, est en train d'être liquidée par un fonds de pension nord-américain alors qu'elle produit des prothèses cervicales parmi les meilleures au monde. C'est un exemple parmi d'autres de ces petites entreprises qui disparaissent parce que la puissance publique ne se donne pas les moyens financiers d'intervenir, y compris en les nationalisant, pour les protéger des appétits de la finance.

M. le rapporteur général. Je ne ferai pas semblant de ne pas comprendre votre amendement. J'avais déposé le même en première lecture et l'Assemblée nationale l'avait adopté, de sorte qu'il figurait dans le texte transmis au Sénat.

L'année dernière, les redevables de la clause de sauvegarde exprimaient eux-mêmes le souhait d'un paiement provisionnel et, quand j'ai vu que l'article 10 prévoyait un acompte de 10 %, je me suis dit qu'il permettrait de simplifier la vie des entreprises, mais surtout de soutenir la trésorerie de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss). Mon intuition de départ est donc la même que la vôtre.

Le problème tient au fait que, pour passer à ce nouveau mode de recouvrement, il y aura nécessairement une année où les entreprises paient deux fois : en 2026, elles paieront une fois au titre de 2025 et une fois l'acompte au titre de 2026. Or, vu l'abaissement des montants M et Z par le Sénat, il est possible que la clause de sauvegarde soit déclenchée ; dans cette hypothèse, les entreprises devraient s'en acquitter en plus de cette double part supplémentaire. Deux, ça va, mais trois, bonjour les dégâts !

Je vous propose donc de retirer votre amendement et de le redéposer en séance, où j'émètrai un avis favorable à condition que le Gouvernement accepte un relèvement de M garantissant que la clause de sauvegarde ne se déclenche pas.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Le meilleur moyen que le Gouvernement n'oublie pas de faire le nécessaire est bien d'adopter cet amendement. Et s'il dépose son propre amendement ou sous-amende le mien, je ne serai qu'allégresse !

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS574 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Compte tenu des erreurs de prévision du Gouvernement s'agissant du montant des remises, que la Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale a mises en évidence grâce à Jérôme Guedj et à Cyrille Isaac-Sibille, je préconise que nous soyons le plus prudents possible en fixant le montant Z. Il s'agit d'éviter que les deux contributions se déclenchent et de faire en sorte qu'elles jouent de nouveau leur rôle de filet de sécurité, conformément à l'esprit de l'article 10.

*La commission **adopte** l'amendement.*

Amendement AS589 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Si l'article 10 est loin d'être parfait, il ne mérite pas d'être supprimé ou vidé de sa substance.

En revanche, il faut éviter toute entourloupe du Gouvernement. La création d'une part supplémentaire au sein de la contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques ne doit pas entraîner le déclenchement de la clause de sauvegarde, faute de quoi la réforme ne s'effectuerait pas à rendement constant mais à double rendement. Je rappelle à nouveau les dérapages constatés en 2024 et en 2025 concernant les remises. Je ne voudrais pas que de nouvelles erreurs de prévision de l'exécutif entraînent le franchissement des seuils.

Je propose donc de relever le montant M de 1,2 milliard d'euros et le montant Z de 0,1 milliard afin de tout faire pour éviter l'activation de la clause de sauvegarde en 2025 et en 2026. S'il faut un montant inférieur, au Gouvernement de nous le dire. Nous avons constaté que la DSS n'avait pas anticipé le dérapage. La clause de sauvegarde doit redevenir un filet de sécurité.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*En conséquence, les amendements AS185 de Mme Ségolène Amiot et AS408 de M. Hendrik Davi **tombent**.*

Amendements AS182 de M. Hadrien Clouet et AS407 de M. Hendrik Davi (discussion commune)

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Notre amendement vise à abaisser légèrement le montant Z, de 2,29 à 2,21 milliards d'euros, suivant ainsi l'intuition de certains sénateurs et sénatrices.

C'est dans le secteur des fabricants de dispositifs médicaux que le taux de profit est le plus élevé, devant celui du médicament, ce qui crée un effet de rente au bénéfice de ces acteurs. Le coût d'entrée sur ce marché étant très élevé, certains en profitent pour surfacturer.

Nous avons intérêt à récupérer une partie de cet argent afin d'investir publiquement dans les dispositifs qui seront moins chers et plus efficaces et de sauver les acteurs qui sont menacés. Je répète que l'entreprise LDR Médical, forte de 120 brevets, numéro un des prothèses dans notre pays, est en pleine liquidation, complètement abandonnée par la puissance publique. On pourrait faire contribuer les entreprises du même secteur qui réalisent des profits excessifs afin de venir à son secours.

M. Hendrik Davi (EcoS). Nous proposons d'abaisser un peu plus le seuil de déclenchement du montant Z en le fixant à 2,19 milliards d'euros.

Le Sénat a relevé ce seuil, ce qui nous fait craindre que la clause de sauvegarde ne se déclenche jamais, le seuil ne pouvant être atteint. Il faut rétablir les seuils initiaux afin de garantir que ce mécanisme soit applicable et utile.

M. le rapporteur général. Le Sénat a repris mon amendement visant à relever de 100 millions d'euros le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde en matière de dispositifs médicaux. La clause de sauvegarde se serait déclenchée si le gouvernement de Michel Barnier n'avait pas été censuré. Son montant, qui est très bas, n'a pas été révisé depuis plusieurs années : si on ne le relève pas, le déclenchement est assuré. Le contexte est celui du virage domiciliaire et du vieillissement de la population. Les dispositifs médicaux sont aussi fournis par des acteurs locaux.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

Amendements identiques AS46 de Mme Élise Leboucher et AS188 de M. Hadrien Clouet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement AS46 est défendu.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Il s'agit de revenir sur les reculs sénatoriaux concernant la contribution que doivent verser les laboratoires pharmaceutiques.

C'est un secteur très concentré dont le taux de profit est considérable et où la part de la valeur ajoutée consacrée à la recherche et développement diminue de façon constante. Dès lors que les grands groupes font peu de recherche et se reposent sur les très petites, petites et moyennes entreprises, ils doivent s'acquitter d'une contribution. Celle-ci permettrait de mobiliser des moyens pour que le secteur public supplée à ce manque, notamment par le dispositif des conventions industrielles de formation par la recherche ou les laboratoires de recherche publics.

M. le rapporteur général. Ces amendements sont cohérents avec vos amendements précédents qui ont été rejetés. Dans un souci de cohérence, il convient donc de les rejeter également. L'article 10 repose sur un équilibre subtil où entrent le passage de l'assiette brute à l'assiette nette ou l'exclusion des génériques. Si on modifie un élément, il faut revoir le dispositif dans son ensemble.

Je ne suis pas en mesure de dire si les taux que vous proposez sont adaptés. Nous aurons l'occasion d'en débattre en séance. Par prudence, il convient de ne pas les modifier.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** les amendements.*

Amendement AS190 de Mme Élise Leboucher

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). L'amendement vise à augmenter de 1 point la contribution supplémentaire des laboratoires pharmaceutiques pour 2026. Pour rappel, la clause de sauvegarde pour 2025 a été fixée sur la base des engagements pris auprès de Mme Vautrin par Les Entreprises du médicament, qui n'ont pas été tenus.

Par prudence, je propose au contraire de l'adopter afin de garantir que nous en discuterons bien en séance. Quant à votre argument tenant à la cohérence, je reconnais le droit à l'erreur à ceux qui ont voté contre nos amendements : ils peuvent se corriger. Plutôt que de plaider pour la cohérence, privilégions la dialectique : introduisons des éléments de lutte sociale dans ce texte. Nous n'aurons pas gagné sur toute la ligne, mais chacun aura des raisons d'être satisfait.

M. le rapporteur général. Alors que personne ne connaît la valeur initiale de l'assiette, vous proposez d'augmenter significativement les taux. Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 10 **modifié**.*

Article 10 bis A (nouveau) : *Création d'une taxe à la charge des entreprises pharmaceutiques retardant l'entrée sur le marché d'un médicament générique*

Amendement de suppression AS575 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Il n'appartient pas au fisc ou à l'Urssaf de se prononcer sur le caractère « manifestement dilatoire » de l'enregistrement de brevets, sur l'abus de

position dominante ou les gestes anticoncurrentiels. D'ailleurs, leurs services n'en ont pas les moyens humains et juridiques.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*En conséquence, l'article 10 bis A est **supprimé** et l'amendement AS52 de M. Damien Maudet tombe.*

Article 10 bis B (nouveau) : *Exclusion des greffons tissulaires humains de la clause de sauvegarde*

*La commission **adopte** l'article 10 bis B **non modifié**.*

Article 10 bis : *Exclusion des médicaments génériques et biosimilaires du calcul de la clause de sauvegarde*

Amendements AS457 de Mme Christine Pirès Beaune et sous-amendement AS582 de M. Thibault Bazin, amendements identiques AS72 de Christine Pirès Beaune, AS328 de Mme Joëlle Mélin et AS489 de Mme Annie Vidal (discussion commune)

Mme Martine Froger (SOC). Nos amendements AS457 et AS72 proposent d'exonérer de la clause de sauvegarde les génériques, les hybrides et les biosimilaires substituables. Ces médicaments permettent à l'assurance maladie de réaliser des économies considérables et ne sont pas responsables de la hausse des dépenses pharmaceutiques.

La clause de sauvegarde est censée viser les médicaments qui entraînent réellement une augmentation des dépenses, ce qui n'est pas le cas des génériques. Leur inclusion dans le dispositif depuis 2019 crée donc une incohérence.

Ces deux amendements visent à corriger cette erreur afin d'éviter une diminution des économies que ces produits permettent et l'arrêt de leur commercialisation par certains laboratoires faute de marges suffisantes.

M. le rapporteur général. Ces amendements proposent d'exclure de la clause de sauvegarde les médicaments substituables ou les spécialités sous tarif forfaitaire de responsabilité.

L'exclusion des génériques et des spécialités sous TFR est déjà prévue à l'alinéa 6 de l'article 10 tel que modifié. Cet élément est donc satisfait.

S'agissant des autres médicaments substituables – biosimilaires et hybrides –, leur exclusion serait cohérente avec l'article 33 du PLFSS dans la mesure où les prix de ces produits ont vocation à s'aligner sur ceux des génériques. Si on veut les développer, on ne saurait leur appliquer le dispositif de la clause de sauvegarde.

Néanmoins, le modèle économique des exploitants n'est pas le même dans le cas des biosimilaires et des hybrides que dans celui des génériques. De plus, l'exclusion des biosimilaires et hybrides du dispositif se traduirait par un renchérissement supplémentaire des prix des produits innovants. Or je ne souhaite pas que nos compatriotes soient les derniers à bénéficier de traitements modernes qui seraient d'abord disponibles sur des marchés étrangers. Ce que font les États-Unis en ce moment pose la question de l'accès futur aux produits de santé.

Je propose cependant que la commission envoie un signal en adoptant l'amendement AS457 sous-amendé pour ne conserver l'exclusion de la clause que pour les biosimilaires et hybrides. Toutefois, en vue de la séance, je vous invite à réfléchir à une solution intermédiaire, telle que l'instauration d'un taux réduit ou d'un plafonnement *ad hoc*. Le Gouvernement devra peut-être avancer sur cette question, comme sur celle des spécialités de référence commercialisées à prix bas.

Avis favorable à l'amendement AS457 sous réserve de l'adoption de mon sous-amendement.

Mme Annie Vidal (EPR). Si l'amendement AS457 sous-amendé était adopté, les trois amendements suivants tomberaient-ils ?

M. le rapporteur général. Ces amendements ne seraient pas identiques. Vous pourriez déposer pour la séance publique des amendements identiques à l'amendement de Mme Pirès Beaune sous-amendé.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Je comprends l'ambition de ces amendements, que nous partageons tous : encourager le recours aux génériques, moins coûteux, et leur production. Néanmoins, du fait de leur caractère indiscriminé, ils pourraient bénéficier à de grandes entreprises du générique qui réalisent des profits monumentaux et n'en ont pas du tout besoin. En un an, la valeur de l'action de l'entreprise suisse Sandoz est passée de 40 à 60 francs suisses, celle de Teva Santé de 16 à 26 dollars, celle de Viatrix de près de 10 à 12 dollars.

M. le rapporteur général. La question que pose M. Clouet est très pertinente. Certains grands groupes produisent à la fois des génériques et d'autres médicaments. Seule la part de leur chiffre d'affaires réalisée sur la production et la commercialisation de génériques serait exonérée.

*La commission **adopte** successivement le sous-amendement et l'amendement sous-amendé.*

*En conséquence, les amendements AS72, AS328 et AS489 **tombent** et l'article 10 bis est **ainsi rétabli**.*

Article 10 ter : *Introduction d'un critère de territorialité dans le calcul de la clause de sauvegarde*

Amendement AS429 de M. Michel Lauzzana et sous-amendement AS583 de M. Thibault Bazin

M. Michel Lauzzana (EPR). Cet amendement avait été adopté l'an dernier avant de disparaître quand les dispositions de l'article 49, alinéa 3, de la Constitution se sont appliquées.

Il vise à introduire un critère de territorialité dans le calcul de la clause de sauvegarde afin de renforcer la sécurité d'approvisionnement et l'autonomie stratégique. Ce mécanisme précis favoriserait la fabrication de médicaments en Europe et en France, ce qui permettrait de lutter contre les pénuries de médicaments.

M. le rapporteur général. Je soutiens pleinement le rétablissement de l'article 10 *ter*. Néanmoins, je propose un sous-amendement qui vise à reporter l'entrée en vigueur de cet article au 1^{er} janvier 2027, compte tenu de la très forte réticence de l'administration. Il s'agit de lui permettre de s'adapter pour être prête à appliquer le barème territorialisé dès son entrée en vigueur.

M. Nicolas Turquois (Dem). Je suis parfaitement en phase avec cet amendement qui va dans le bon sens, notamment en matière d'autonomie. Néanmoins, la date retenue, qui dépasse la période couverte par le PLFSS 2026, ne pourrait-elle pas être jugée inconstitutionnelle ?

M. le rapporteur général. *A priori* non, mais nous allons vérifier.

Nous avons tenu compte des arguments avancés par le Sénat et le Gouvernement en faveur de la suppression de cet article afin d'y répondre et de rendre le dispositif opérant – c'est tout l'intérêt de la navette.

*La commission **rejette** le sous-amendement puis **adopte** l'amendement.*

*En conséquence, l'article 10 ter est **ainsi rétabli**.*

Article 11 : Améliorer la gestion de la trésorerie du régime général en instaurant un mécanisme d'acompte des remises relatives aux produits de santé

Amendements AS56 de Mme Ségolène Amiot, AS409 et AS410 de M. Hendrik Davi (discussion commune)

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Notre amendement, qui s'inspire d'un amendement des écologistes adopté en première lecture à l'Assemblée nationale, vise à assurer la transparence sur les prix des médicaments. Dans un secteur où les marges atteignent 45 %, certains laboratoires pharmaceutiques organisent la pénurie, notamment des traitements pédiatriques, afin de modifier le rapport de force à leur avantage et de prendre le pouvoir dans les négociations avec la sécurité sociale.

Renforcer au maximum la transparence permettrait de rééquilibrer le rapport de force dans les négociations, de faire baisser les prix pratiqués par les laboratoires pharmaceutiques et, ainsi, de préserver les finances publiques.

M. Hendrik Davi (EcoS). Je souhaite répondre à deux arguments qui ont été opposés à notre amendement en première lecture.

Non, ce dispositif ne nous fragiliserait pas dans le cadre des négociations menées avec nos partenaires, car il s'agit d'un marché de dupes : chacun prétend ignorer les prix, alors que les industriels connaissent ceux pratiqués chez nos partenaires et que ces pays connaissent le montant – public – des remises françaises, qui s'élèvent à 9 milliards d'euros. Par conséquent, les industriels se frottent les mains et réalisent des marges.

Le second argument portait sur le risque de voir les industriels quitter la France. Pour rappel, le général de Gaulle avait instauré le mécanisme de la licence d'office : si des industriels ou des groupes pharmaceutiques décident de nous priver d'un médicament indispensable du point de vue sanitaire, l'État peut autoriser sa copie et enclencher la licence

d'office – dispositif qui a été utilisé à deux reprises. Si on menace les industriels d'y recourir, ils ne quitteront pas le marché français.

M. le rapporteur général. Le montant total des remises figure dans le rapport annuel du Ceps. Tant le Ceps, qui fixe les prix, que l'Acoss, qui collecte les données, connaissent les détails relatifs aux prix pour chaque entreprise. En les rendant publics, on risquerait plutôt de fragiliser l'État, notamment l'Acoss, que les industriels pourraient attaquer pour délit de divulgation.

Je vous invite à retirer vos amendements ; à défaut, avis défavorable.

M. Hendrik Davi (EcoS). Les associations de patients, en revanche, ne disposent pas de ces éléments. Or les médicaments très onéreux finissent par être rationnés. Cette question se posera avec d'autant plus d'acuité s'agissant de certains traitements, notamment contre le cancer, coûtant des millions d'euros ; les patients qui pourront en bénéficier seront alors triés. Nous avons donc besoin de la société civile, notamment des associations de patients, afin de rééquilibrer le rapport de force avec les industriels. C'est pourquoi une transparence complète concernant les prix des médicaments est indispensable.

M. Nicolas Turquois (Dem). Dans le cadre d'une négociation, certains éléments doivent rester confidentiels. Vous parlez des associations de patients, mais l'Alliance Maladies Rares, par exemple, demande cette confidentialité, qui permet à la France d'obtenir certains traitements. Les États-Unis exercent une très forte pression en la matière. De nombreuses entreprises quitteraient la France si elles devaient divulguer ces éléments.

Je suis donc défavorable à ces amendements, bien que j'en comprenne l'esprit. La discrétion en la matière est nécessaire à la liberté de négociation de l'État.

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

*Puis elle **adopte** l'article 11 **non modifié**.*

Article 11 bis : *Extension du périmètre de la taxe sur les boissons prémix*

Amendements identiques AS576 de M. Thibault Bazin et AS443 de M. Frédéric Valletoux

M. le rapporteur général. Nous proposons de revenir sur la rédaction adoptée par le Sénat pour reprendre l'idée de départ de l'Assemblée nationale en en améliorant la forme.

Le périmètre de la taxe était clair : les mélanges de boissons alcoolisées et de substances excitantes de type Vody. Le Sénat, contre l'avis de la commission et du Gouvernement, a adopté une rédaction qui n'est pas opérante, car elle concernerait des produits traditionnels n'ayant rien à voir avec le Vody.

De plus, la borne supérieure de titrage aurait l'effet inverse de celui escompté, ce qui entraînerait un échec budgétaire – pas de recettes à la clef – et sanitaire.

Il fallait trouver un équilibre entre la souplesse nécessaire et la mention expresse des trois principales molécules visées.

Par rapport à la version de l'Assemblée, nous avons opéré quelques corrections légistiques, notamment en choisissant un arrêté au lieu d'un décret.

M. le président Frédéric Valletoux. Il était pour le moins paradoxal que le Sénat, qui représente les territoires, s'attaque aux productions locales.

La commission adopte les amendements AS576 et AS443 et l'article 11 bis est ainsi rédigé.

M. Jérôme Guedj (SOC). Le rendement de cette taxe Vody a-t-il été estimé ?

M. le rapporteur général. La question s'est posée lorsque nous avons fait le bilan des mesures votées en première lecture. L'administration nous a indiqué que ce rendement dépendant de la consommation, elle ne pouvait l'estimer.

En tout état de cause, cette taxe n'a pas pour but de produire un rendement, mais d'empêcher la consommation de Vody. Si l'on considère que cette consommation est néfaste, l'activation d'un autre moyen que le levier fiscal sera sans doute nécessaire.

Article 11 ter : *Taxer les produits n'affichant pas le nutri-score*

Amendement AS183 de Mme Élise Leboucher et sous-amendement AS585 de M. Jean-François Rousset, amendement AS302 de M. Cyrille Isaac-Sibille et sous-amendement AS587 de M. Jean-François Rousset, amendements identiques AS58 de M. Hadrien Clouet et AS201 de M. Boris Tavernier et sous-amendement AS584 de M. Jean-François Rousset, amendements identiques AS83 de Mme Sandrine Runel et AS300 de M. Cyrille Isaac-Sibille (discussion commune)

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement AS183 vise à rétablir l'article dans le sens de ce que nous avons précédemment adopté : l'obligation de mentionner le nutri-score sur tous les supports publicitaires pour des denrées alimentaires.

M. Jean-François Rousset (EPR). Nous sommes favorables au rétablissement de la version adoptée en première lecture. Dans l'intérêt de nos territoires, il faut exclure de l'obligation les produits bénéficiant d'un signe national ou européen de qualité, comme une indication géographique protégée ou une appellation d'origine protégée. Tel est l'objet du sous-amendement AS585.

Mme Anne Bergantz (Dem). Les amendements AS302 et AS300 de mon collègue Cyrille Isaac-Sibille visent un objectif similaire par des voies différentes : le premier tend à rendre obligatoire l'affichage du nutri-score dans la publicité, le second à rendre obligatoire son affichage sur les emballages des denrées alimentaires.

Selon une tribune que plusieurs scientifiques viennent de publier dans *L'Express*, « dans un contexte d'augmentation continue du surpoids et de l'obésité au sein de la population – un adulte sur deux et près d'un enfant sur cinq – et d'incidence élevée des maladies chroniques liées à la nutrition (cancers, maladies cardiovasculaires, diabète...) », nous devons « prendre les mesures visant à préserver et promouvoir la santé publique. Or, plus de 100 études en Europe ont montré que le nutri-score est un outil de santé publique efficace pour améliorer les apports alimentaires [...], contribuant à réduire le risque de maladies chroniques ».

Le nutri-score est un outil de prévention s'inscrivant dans une logique de maîtrise des coûts.

M. Jean-François Rousset (EPR). Comme le précédent, le sous-amendement AS587 vise à exclure les signes nationaux ou européens de qualité de l'obligation d'affichage, afin de protéger les produits concernés et leurs territoires.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement AS58 est défendu.

M. Sébastien Peytavie (EcoS). L'amendement AS201 est défendu.

M. Elie Califer (SOC). L'amendement AS83 vise à rendre obligatoire le nutri-score, sauf pour les produits bénéficiant d'un signe national ou européen de qualité et d'origine dont la liste sera définie par voie réglementaire. Il reprend ainsi l'article 11 *ter* tel qu'adopté par l'Assemblée nationale en première lecture. Trop de groupes agroalimentaires continuent de refuser de jouer le jeu de la transparence.

M. le rapporteur général. En première lecture, nous avons adopté les amendements identiques AS58 et AS201, sous-amendés par le sous-amendement AS584, ce qui correspond aux amendements identiques AS83 et AS300 de cette discussion commune.

L'amélioration de la qualité nutritionnelle est un véritable enjeu et la publicité des produits alimentaires, notamment destinée aux enfants et aux adolescents, pose problème. Toutefois, le levier fiscal ne me semble pas être le mieux adapté.

L'obligation d'afficher le nutri-score concernerait tous les producteurs, quelle que soit leur taille. Or, pour s'y conformer, il est nécessaire de recourir à un bureau d'études, de s'abonner à un logiciel spécialisé et de revoir le conditionnement des produits ; tout cela a un coût. Taxer le non-affichage du nutri-score serait donc préjudiciable aux petits producteurs, ce que les amendements et même les sous-amendements en discussion ne prennent pas en considération.

Ensuite, l'article renvoie à l'intégralité des dispositions du règlement européen sur l'étiquetage des aliments et non aux seules dispositions relatives à la déclaration nutritionnelle. Cela signifie que les compléments alimentaires, sur lesquels il est impossible de faire figurer le nutri-score, ne pourraient échapper à cette taxe ; ce serait injuste.

De plus, cette taxe serait répercutée, tôt ou tard, sur le prix de vente.

Enfin, les produits locaux de qualité ne bénéficiant pas d'un label seraient également pénalisés.

Je suis donc défavorable à l'ensemble des amendements, même si je suis favorable aux sous-amendements de M. Rousset.

M. Nicolas Turquois (Dem). Je suis favorable à la généralisation du nutri-score, mais j'entends vos arguments, monsieur le rapporteur général. La définition du périmètre auquel il s'applique me semble relever davantage du décret que de la loi ; de plus, ce dispositif me semble moins pertinent pour certains produits. Ne pourrions-nous pas imaginer une nouvelle rédaction, d'ici à l'examen du texte en séance publique, permettant de concilier l'objectif de protection de la santé et la prise en considération des réalités de terrain ?

Mme Justine Gruet (DR). Plutôt que de l’infantiliser, il est préférable d’éduquer le consommateur ; il me semble que la traçabilité des produits est déjà très satisfaisante et que leur composition figure sur les étiquettes.

Le nutri-score ne tient pas compte des proportions dans lesquelles sont consommés les produits ; or l’équilibre alimentaire, c’est se garder des excès.

Recourir à la taxation risque avant tout de faire augmenter les prix, sans permettre d’atteindre les objectifs de prévention en santé publique, de lutte contre l’obésité et de promotion d’un équilibre alimentaire garantissant une bonne hygiène de vie.

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). Il est judicieux de revenir sur la suppression par le Sénat de l’obligation d’afficher le nutri-score : cet outil, qui fonctionne, a été adopté par 1 500 entreprises agroalimentaires.

Madame Gruet, les consommateurs peuvent certes lire les étiquettes, mais elles ne sont pas toujours lisibles. Les lettres du nutri-score sont claires et compréhensibles par tous.

Cet outil est vertueux pour les consommateurs et pour les producteurs, qui sont incités à revoir leurs recettes pour obtenir une meilleure note.

Il est bon que certains produits de nos terroirs soient exonérés de l’obligation comme le propose Jean-François Rousset.

M. le rapporteur général. Les amendements en discussion commune ne visent pas à rendre obligatoire le nutri-score, comme vous le souhaiteriez, mais à créer une taxe sur les produits qui ne l’affichent pas. Étant dans le cadre du PLFSS, nous n’avons pas d’autre choix, mais créer une taxe ne rendra pas le nutri-score obligatoire.

Comme l’a suggéré Nicolas Turquois, il serait préférable de traiter le problème différemment, par un projet de loi dédié à la prévention ou un nouveau projet de loi Egalim. Malgré la pression sociétale à laquelle le nutri-score contribue, certains industriels agroalimentaires continueront de ne pas l’afficher et répercuteront le coût de la taxe sur les prix des produits.

Enfin, je continue de penser que nous devons nous saisir de l’enjeu relatif aux petits producteurs, qui n’est pas pris en compte dans ces amendements, mais le PLFSS n’est pas le bon vecteur.

*La commission **adopte** successivement le sous-amendement AS585 et l’amendement AS183.*

*En conséquence, les autres amendements **tombent** et l’article 11 ter est **ainsi rétabli**.*

Article 11 quater : *Ajustement de la contribution sur les dépenses de publicité des jeux d’argent et de hasard*

Amendement de suppression AS60 de Mme Élise Leboucher

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Nous voulons soumettre à la contribution sur les jeux d’argent l’ensemble des dépenses publicitaires des casinos, y compris ce qui contribue à capter de nouveaux publics ou à promouvoir des activités liées aux jeux d’argent.

Or, tel qu'il est rédigé, cet article exonère les casinos de cette contribution pour certains types de dépenses publicitaires. Cela nous semble d'autant moins légitime que les produits de ce secteur connaissent une forte croissance : il est question de 14 milliards d'euros de produit brut en 2024 et d'une croissance annuelle de 4 % à 5 %.

M. le rapporteur général. La publicité pour les jeux d'argent entre dans l'assiette de cette taxe ; il me semble légitime que les publicités des casinos pour leur musée, leur activité de thalassothérapie, leur hôtel ou leur café n'y entrent pas. Il s'agit d'ailleurs d'activités locales.

Cet article, initialement introduit par un amendement de M. de Courson, permet de lever une ambiguïté ; demande de retrait, sinon avis défavorable.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Ce que vous décrivez, monsieur le rapporteur général, ce sont des produits d'appel : ils visent à attirer les gens jusqu'aux casinos afin qu'ils dépensent leur argent aux machines à sous et aux tables de jeu.

Nous pouvons être dupes et faire les dindes, mais ne soyons ni les croupions ni les croupiers des casinos. Lutter contre ce qui pousse à participer aux jeux d'argent contribue à prévenir les addictions.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle adopte l'article 11 quater **non modifié**.*

Article 11 quinquies A (nouveau) : *Création d'une taxe sur les dépenses de publicité en faveur des boissons alcooliques à La Réunion*

Amendements de suppression AS77 de M. Thibault Bazin et AS420 de M. Laurent Wauquiez

M. le rapporteur général. Cet article avait déjà été intégré par le Sénat au PLFSS 2025. Je prends très au sérieux l'alerte des sénateurs quant à la consommation d'alcool à La Réunion, un sujet qui avait d'ailleurs été débattu dans l'hémicycle avec nos collègues ultramarins.

Toutefois, instaurer un impôt sur un territoire ultramarin spécifique pose un problème constitutionnel. De plus, l'article ne définit pas les boissons alcooliques formant l'assiette de la taxe, ne précise pas son fait générateur et renvoie ses modalités de recouvrement à un décret.

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement AS420 est défendu.

*La commission **adopte** les amendements.*

*En conséquence, l'article 11 quinquies A est **supprimé** et les amendements AS77 et AS79 de Mme Sandrine Runel **tombent**.*

Article 11 quinquies B (nouveau) : *Création d'une taxe sur les produits alimentaires destinés aux nourrissons contenant des sucres ajoutés*

Amendements de suppression AS570 de M. Thibault Bazin et AS499 de M. Fabien Di Filippo

M. le rapporteur général. Cet article vise à créer une taxe comportementale, qui n'incitera pas tous les industriels à modifier leurs recettes, mais qui risque en revanche de renchérir les petits pots pour bébé.

Le levier fiscal n'est pas le bon : il serait préférable de réglementer la composition des petits pots si nous voulons intervenir sur ce point. Créer une taxe lors de l'examen du PLFSS n'est pas le seul moyen d'agir.

Mme Justine Gruet (DR). L'amendement AS499 est défendu.

Mme Christine Le Nabour (EPR). Je suis favorable à la suppression de l'article pour deux raisons. Premièrement, il risque de fragiliser un secteur déjà strictement encadré, notamment par des normes européennes. Deuxièmement, il ne correspond pas aux exigences physiologiques et aux besoins nutritionnels des tout-petits.

Les produits utilisés dans de nombreux aliments pour bébé contiennent du lactose, qui est le sucre du lait, notamment du lait maternel. Cet article contribuerait donc à taxer le lait maternel, ce qui est complètement incohérent. Il serait préférable de renforcer la prévention et d'améliorer l'information relative aux bonnes pratiques alimentaires pour les tout-petits.

M. Jérôme Guedj (SOC). Nous avons soutenu en première lecture l'amendement de Cyrille Isaac-Sibille allant dans le même sens que cet article. Nous sommes opposés à ces amendements de suppression.

M. Nicolas Turquois (Dem). Nous sommes totalement opposés à la suppression de cet article. Cyrille Isaac-Sibille nous avait alertés au sujet de la présence de sucres dans les aliments pour bébé. C'est insupportable. Le cadre du PLFSS n'est sans doute pas idéal, mais nous devons envoyer un message clair à ce sujet. Nous ne pouvons laisser nos bébés exposés à un tel risque d'addiction.

*La commission **rejette** les amendements.*

Amendement AS511 de M. Cyrille Isaac-Sibille.

Mme Anne Bergantz (Dem). L'amendement est défendu.

*Contre l'avis du rapporteur, la commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **rejette** l'article 11 quinquies B.*

Article 11 quinquies : *Allègement de la taxe sur les ventes en gros aux officines pharmaceutiques*

*La commission **adopte** l'article 11 quinquies **non modifié**.*

Article 11 sexies : *Fixation par la loi du plafond des remises commerciales*

La commission adopte l'article 11 sexies non modifié.

Article 11 septies : *Contribution spécifique sur les entreprises qui importent, produisent ou commercialisent de l'hexane*

Amendements AS467 de M. Boris Tavernier et AS88 de Mme Sandrine Runel (discussion commune)

Mme Sandrine Rousseau (EcoS). L'amendement AS467 est défendu.

M. Jérôme Guedj (SOC). L'amendement AS88 vise à rétablir l'article, supprimé par le Sénat, qui prévoit la taxation du n-hexane. Cet article résulte de l'adoption, en première lecture, d'un amendement de M. Ramos.

M. le rapporteur général. Cette fois, monsieur Guedj, je peux vous répondre au sujet du rendement de la taxe : il serait nul, parce que vous ne prévoyez aucune assiette et que le taux de la contribution serait déterminé par un arrêté, ce qui exposerait la mesure à une censure du Conseil constitutionnel. Juridiquement, l'amendement ne va pas du tout.

M. Nicolas Turquois (Dem). L'amendement fixe bien un taux. Néanmoins, je ne suis pas favorable à cet article, bien qu'il résulte d'un amendement de mon collègue Richard Ramos.

L'hexane est apparu récemment dans le débat public et ce terme chimique attise les peurs. Les procédés industriels ont recours parfois à des moyens mécaniques et parfois à des produits ; évidemment, on en trouve des traces si on les cherche. L'Assemblée n'a pas à se prononcer sur la dangerosité de ce produit pour la santé publique, de même qu'elle n'a pas à se prononcer sur l'efficacité de tel ou tel médicament. Il s'agit d'une question réglementaire.

M. le rapporteur général. *Mea culpa*, je parlais uniquement de l'amendement AS467 ; l'amendement AS88 prévoit bien un taux. Cependant, j'y suis également défavorable parce qu'il est inséré dans l'article relatif à la clause de sauvegarde pour le médicament, ce qui n'a rien à voir.

Enfin, au-delà de la forme, rappelons que deux études sont en cours au sujet de l'hexane.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Le groupe La France insoumise votera ces amendements, qui rétablissent l'article en le durcissant.

Nous commençons tout juste à agir politiquement au sujet de l'hexane. Ce produit, utilisé depuis les années 1930, a d'abord été considéré comme inoffensif. Dans les années 1960-1970, il a été prouvé qu'il provoquait des lésions irréversibles du système nerveux – celui, notamment, des cordonniers italiens et japonais qui y étaient exposés à cause de la colle qu'ils utilisaient.

Ce produit est désormais utilisé pour extraire de l'huile végétale à partir de soja, de colza ou de tournesol. À partir de cette extraction sont produits des tourteaux, utilisés pour l'alimentation animale ; l'hexane se retrouve ainsi dans notre chaîne alimentaire, essentiellement dans le beurre, le poulet et le lait infantile.

On commence à peine à mesurer l'ampleur de la contamination par l'hexane, mais il s'agit d'un enjeu de santé publique. Il est donc indispensable de rétablir cet article.

M. Turquois a posé une bonne question : pourquoi l'Assemblée prendrait-elle position à ce sujet ? Parce qu'il existe un consensus scientifique, qui doit avoir des conséquences législatives, comme cela a été le cas pour l'amiante.

M. Jean-François Rousset (EPR). Dans les années 1930, l'hexane était qualifié de produit stable. On sait depuis qu'il ne l'est pas, mais aucune étude n'a démontré qu'il provoque des maladies neurodégénératives ; cela reste une hypothèse de travail. Cette molécule se fixe sur des molécules lipidiques, ce qui en facilite l'extraction. Il est beaucoup trop tôt pour se prononcer sur sa dangerosité.

Mme Joëlle Mélin (RN). J'entends les mêmes arguments que ceux que j'ai entendus pendant huit ans au Parlement européen. Celui-ci a passé en revue la totalité des produits chimiques pour en déterminer le caractère mutagène ou reprotoxique, sans mesurer l'impact de ses décisions sur la santé, l'alimentation et les entreprises concernées.

Nous devons nous saisir de ces sujets, mais pas de cette manière : on ne peut, au détour d'un PLFSS, pointer tel ou tel produit, même s'il est éventuellement toxique – ce qui reste à prouver. Une étude d'impact doit être sérieusement menée, en tenant compte des taux et des temps d'exposition à cette molécule – l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles sait très bien faire ça.

*La commission **rejette** successivement les amendements AS467 et AS88.*

*Elle **maintient** la suppression de l'article 11 septies.*

Article 11 octies (nouveau) : *Création d'un plan d'épargne pour les salariés des associations*

Amendements de suppression AS578 de M. Thibault Bazin, AS62 de M. Damien Maudet et AS291 de M. Yannick Monnet

M. le rapporteur général. Je souhaite la suppression de l'article pour des raisons juridiques : je ne peux cautionner le contournement des règles organiques. La loi de financement de la sécurité sociale et la loi de finances ne sont pas adaptées à la création d'un produit de banque ou d'assurance, qu'un traitement fiscal et social dérogatoire leur soit associé ou non.

De plus, il ne me semble pas que créer un plan d'épargne pour les seuls salariés des associations soit une solution. Il serait juridiquement plus simple et financièrement plus efficace de faciliter l'ouverture d'un plan d'épargne entreprise pour les salariés du secteur de l'économie sociale et solidaire.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). De notre côté, nous souhaitons éviter la création d'une nouvelle niche sociale.

*La commission **adopte** les amendements de suppression.*

*En conséquence, l'article 11 octies est **supprimé** et l'amendement AS290 de Mme Karine Lebon **tombe**.*

Article 11 *nonies* (nouveau) : *Augmentation du temps de travail annuel de douze heures et exclusion de la dernière heure de l'assiette des cotisations sociales*

Amendements de suppression AS563 de M. Thibault Bazin, AS65 de Mme Ségolène Amiot, AS92 de M. Jérôme Guedj, AS292 de M. Yannick Monnet et AS482 de Mme Sandrine Rousseau

M. le rapporteur général. Les principales dispositions de cet article ajouté par le Sénat relèvent du droit du travail et n'ont pas leur place dans une loi de financement de la sécurité sociale.

De plus, en modifiant le seuil à partir duquel une heure de travail est considérée comme une heure supplémentaire, cet article aurait des effets de bord dont l'ampleur n'est pas suffisamment renseignée sur des dispositifs sociaux et fiscaux concernant les heures supplémentaires. Je ne souhaite pas qu'il soit porté préjudice à nos concitoyens qui bénéficient de ces dernières.

La commission adopte les amendements.

En conséquence, l'article 11 nonies est supprimé et les amendements AS445 et AS444 de Mme Sandrine Rousseau, ainsi que l'amendement AS465 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé, tombent.

Article 12 : *Transferts financiers au sein des administrations de sécurité sociale*

Amendements identiques AS425 de Mme Camille Galliard-Minier et AS505 de Mme Annie Vidal

Mme Annie Vidal (EPR). Les amendements visent à revenir sur l'adoption d'un amendement sénatorial qui neutralise la baisse de la TVA affectée à la sécurité sociale prévue à l'article 40 du projet de loi de finances (PLF) pour 2026. Il s'agit de corriger les taux de répartition entre les différentes branches pour rétablir la rédaction initiale de l'article 12.

M. le rapporteur général. Ces amendements me surprennent : si un combat peut faire consensus dans notre commission, c'est bien celui en faveur de la compensation des exonérations ciblées – la ministre a pris cet engagement concernant les heures supplémentaires – et de la compensation totale des allègements généraux.

L'amendement sénatorial sur lequel vous souhaitez revenir vise à maintenir l'affectation aux organismes de la sécurité sociale de 1,6 milliard d'euros issus de la réduction des allègements généraux de cotisations correspondant aux gains pour l'année 2025, que la loi de financement de la sécurité sociale votée en février 2025 avait annulée. Je souhaite que cette somme, ainsi que les 3,1 milliards issus de la réduction des allègements généraux de cotisations prévus pour 2026, restent affectés à la sécurité sociale, car elle en a besoin.

Demande de retrait.

Mme Annie Vidal (EPR). L'article 12 est un article de transfert, fiscalement neutre. Il s'agit de rester cohérent avec les transferts initiaux. Conserver la version du Sénat ne changerait rien.

M. le rapporteur général. Cela ne changerait rien pour la sécurité sociale dans l'immédiat, mais il faudra veiller à intégrer la modification correspondante à l'article 40 du PLF. Il me semble préférable de maintenir la version sénatoriale et d'être vigilant sur ce point.

*La commission **rejette** les amendements.*

*Puis elle adopte l'article 12 **non modifié**.*

Article 12 bis A (nouveau) : *Extension aux fonds de dotation de l'abattement de taxe sur les salaires applicable à d'autres organismes sans but lucratif*

Amendement de suppression AS68 de M. Hadrien Clouet

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Le groupe La France insoumise étant hostile au principe même de la taxe sur les salaires, il ne peut qu'être défavorable à l'extension de l'abattement sur cette taxe aux fonds de dotation ou à d'autres secteurs. Cela pose en effet un problème de circularité : les établissements de santé publique doivent acquitter une taxe pour financer des fonds dont le bénéfice reviendrait, dans certains cas, à la santé publique. De plus, on ne sait pas très bien ce qui sera financé en bout de chaîne, alors qu'on sait, en revanche, ce que coûte une telle taxe pour un centre hospitalier universitaire (CHU) tel que celui de Purpan à Toulouse, qui acquitte chaque année 60 millions d'euros – soit l'équivalent de 1 500 postes qui auraient pu être créés avec cet argent et qui ne le seront pas.

M. le rapporteur général. Les fonds de dotation sont des organismes sans but lucratif, qui réalisent ou aident un autre organisme à but non lucratif à réaliser une œuvre ou une mission d'intérêt général. Vous dites qu'on ne sait pas ce qui est financé en bout de chaîne mais, grâce à cet abattement, les structures pourront embaucher plus facilement ou augmenter la rémunération de leurs salariés, ce qui rejoint vos préoccupations.

Je vous invite donc à retirer votre amendement ; à défaut, j'émets un avis défavorable.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). On fait payer aux hôpitaux une taxe pour financer des fonds dirigés par des acteurs privés. Et non, nous ne savons pas quel usage est fait de ces fonds, puisqu'il n'y en a ni fléchage ni contrôle administratif – dans son rapport de 2024 sur le secteur de la philanthropie, la Cour des comptes dénonce le manque de contrôle et une opacité totale des dons.

Non seulement on fait payer les hôpitaux qui auraient pu utiliser cet argent pour recruter des soignantes et soignants, mais, en plus, on le fait au bénéfice d'un secteur prétendument non lucratif, aux mains du privé. Nous savons très bien ce que cela peut donner : des décisions sont prises avec de l'argent public, pour le meilleur comme pour le pire, sans aucun contrôle. Il y a donc une double déperdition, à laquelle nous sommes rigoureusement hostiles.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 12 bis A **non modifié**.*

Article 12 bis : *Transfert d'une fraction de contribution sociale généralisée de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie vers les départements*

*La commission **maintient** la suppression de l'article 12 bis.*

Article 12 ter A (nouveau) : *Maintien des réductions proportionnelles des cotisations patronales maladie et famille pour la SNCF, la RATP et les entreprises des industries électriques et gazières*

*La commission **adopte** l'article 12 ter A **non modifié**.*

Article 12 ter : *Rendre automatique l'annulation des cotisations sociales prises en charge par l'assurance maladie en cas de fraude*

Amendements AS97 de M. Jérôme Guedj et AS194 de Mme Élise Leboucher, amendements identiques AS564 de M. Thibault Bazin et AS330 de Mme Joëlle Mélin (discussion commune)

M. Jérôme Guedj (SOC). Il s'agit de rétablir l'article 12 ter.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement AS194 est défendu.

M. le rapporteur général. L'amendement AS194 pose un problème de constitutionnalité, car il prévoit non seulement l'automatisme mais impose également que l'annulation de la prise en charge soit totale, sans considération pour les situations individuelles.

L'amendement AS97 est intéressant, car il précise que la décision doit se fonder sur un rapport analysant de manière circonstanciée les faits à caractère frauduleux. Je vois bien l'intention, mais je crains que sa proposition ne soit une usine à gaz, source de contentieux multiples.

Par mon amendement, je propose de rétablir l'article 12 ter dans une rédaction strictement identique à celle que nous avons adoptée en première lecture : l'annulation de la prise en charge des cotisations serait donc automatique, mais le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie (Cpam) resterait souverain dans l'appréciation du montant de cette annulation, qu'elle soit totale ou partielle – nous verrons ce qu'en pense le Conseil constitutionnel.

Pour ces raisons, je vous invite à retirer vos amendements AS97 et AS194 ; à défaut, j'émetts un avis défavorable.

M. Jérôme Guedj (SOC). Je maintiens d'autant plus mon amendement qu'il a été rédigé en tenant compte des observations du rapporteur général. Je ne comprends pas bien pourquoi il n'est jamais satisfait.

M. le rapporteur général. Ne soyez pas injuste, monsieur Guedj ; j'ai déjà émis des avis favorables sur certains de vos amendements. Même si je reconnais que vous avez travaillé sur le sujet et que vous êtes force de proposition, votre amendement, tel qu'il est rédigé, comporte une malfaçon légistique.

*La commission **rejette** successivement les amendements AS97 et AS194 puis **adopte** les amendements identiques AS564 et AS330.*

*En conséquence, l'article 12 ter est **ainsi rétabli**.*

Article 12 quater : *Limiter à un mois le délai de transmission à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et à la Caisse nationale des allocations familiales des déclarations souscrites par les plateformes numériques auprès de la direction générale des finances publiques et recentrer le dispositif de précompte des cotisations sociales sur les plateformes d'emploi*

*La commission **maintient** la suppression de l'article 12 quater.*

Article 12 quinquies : *Supprimer les dérogations au principe de compensation des exonérations ciblées de cotisations sociales*

*La commission **adopte** l'article 12 quinquies **non modifié**.*

Article 12 sexies : *Instauration d'une participation financière pour le bénéfice de la protection universelle maladie par les personnes résidant en France sans y exercer d'activité professionnelle ni y être imposables*

Amendements de suppression AS565 de M. Thibault Bazin, AS70 de Mme Élise Leboucher et AS293 de Mme Karine Lebon

M. le rapporteur général. L'objectif de mon amendement est de déplacer cet article dans la troisième partie du projet de loi, relative aux dépenses. En effet, le dispositif tel que modifié par le Sénat instaure une condition pour bénéficier de la prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie au titre de la protection universelle maladie. Le laisser dans la deuxième partie, qui concerne les recettes, l'exposerait à une censure du Conseil constitutionnel pour non-respect de la tripartition des lois de financement de la sécurité sociale.

Étant soucieux de voir cet article figurer dans le texte final – si nous parvenons à en adopter un –, je proposerai que nous adoptions l'amendement AS567 placé après l'article 18 *quater* – j'ai prévenu de cette opération notre collègue François Gernigon, qui était à l'origine de cette disposition lors de l'examen du texte en première lecture.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement AS70 est défendu.

M. Yannick Monnet (GDR). L'amendement AS293 est défendu.

*La commission **adopte** les amendements.*

*En conséquence, l'article 12 sexies est **supprimé**.*

Article 12 septies : *Supprimer la minoration de la compensation par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des pertes de recettes induites par les allègements généraux pour l'Union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce*

Amendements identiques AS197 de M. Damien Maudet et AS333 de Mme Joëlle Mélin

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement AS197 est défendu.

M. le rapporteur général. Si ces amendements étaient adoptés, ils feraient perdre 4,1 milliards d'euros à la sécurité sociale. Avis défavorable.

*La commission **rejette** les amendements.*

*Elle **maintient** la suppression de l'article 12 septies.*

Article 12 octies : *Supprimer la possibilité de fixer par décret le montant de la contribution versée par les régimes complémentaires de retraite au régime général au titre de l'équilibre financier des régimes spéciaux fermés*

Amendements identiques AS200 de Mme Ségolène Amiot et AS305 de M. Yannick Monnet

M. Yannick Monnet (GDR). Il s'agit de rétablir l'article 12 octies, afin d'empêcher le Gouvernement de décider arbitrairement et autoritairement du montant de la contribution versée par l'Agirc-Arcco.

M. le rapporteur général. Je suis sensible à éviter toute ponction arbitraire, d'autant que je suis attaché, comme vous, au fonctionnement paritaire.

Toutefois, si la Caisse nationale d'assurance vieillesse et l'Agirc-Arrco ont bien conclu une convention fixant cette contribution pour l'exercice 2025, rien ne garantit qu'un tel accord soit renouvelé chaque année.

Or l'équilibre financier des régimes spéciaux mis en extinction est un enjeu majeur et il faut prévenir toute carence future. Les régimes complémentaires, eux, ont bénéficié des cotisations versées par les nouveaux entrants, sans avoir de pensions à reverser dans l'immédiat.

Je propose donc de maintenir la suppression de l'article et j'émetts un avis défavorable à vos amendements.

M. Yannick Monnet (GDR). En gros, l'État peut se permettre de mal gérer et de piocher dans les branches, et on le laisse encore imposer une contribution à l'Agirc-Arcco qui, elle, a une gestion plutôt bonne et saine. Ce n'est pas juste !

M. le rapporteur général. Nous avons déjà eu le débat en première lecture. L'Agirc-Arcco perçoit les cotisations de ceux qui relevaient des régimes spéciaux désormais fermés ; elle reçoit donc des recettes, sans avoir pour l'instant à verser de pensions à ces nouveaux affiliés qui ne sont pas encore en âge de prendre une retraite. La vraie question est plutôt de déterminer quel juste montant elle doit reverser chaque année, par solidarité, aux régimes en extinction, qui, eux, ne touchent plus de recettes. Je suis sensible à ce que vous dénoncez, encore faut-il que le montant de ce transfert soit négocié.

*La commission **adopte** les amendements.*

*En conséquence, l'article 12 octies est **ainsi rétabli**.*

La réunion est suspendue de seize heures trente à seize heures quarante-cinq.

Article 12 nonies : *Augmenter les majorations de cotisations sociales en cas de travail dissimulé*

Amendements identiques AS566 de M. Thibault Bazin, AS99 de M. Jérôme Guedj et AS332 de Mme Joëlle Mélin

M. le rapporteur général. Le Sénat a supprimé l'article 12 *nonies* non pas parce qu'il y est opposé sur le principe, mais parce qu'il a adopté un amendement similaire en insérant un article 17 *bis* dans le projet de loi de lutte contre les fraudes sociales et fiscales. Je me réjouis que la lutte contre la fraude soit une priorité partagée par les deux chambres, mais il faut assurer une bonne coordination entre le PLFSS et ce projet de loi, dont les calendriers s'entrecroisent d'une manière peu favorable à la qualité de la loi.

D'une part, le PLFSS devrait être adopté et promulgué, en théorie, avant le texte sur les fraudes ; d'autre part, l'article 17 *bis* de ce dernier ne procède pas aux coordinations nécessaires avec le code de la sécurité sociale.

Dans ces conditions, l'article 12 *nonies* étant mieux rédigé et susceptible d'entrer en vigueur plus rapidement, je vous propose de le rétablir.

M. Jérôme Guedj (SOC). Les sanctions appliquées dans le cadre de la fraude au travail dissimulé rapportent des recettes significatives à la sécurité sociale, de l'ordre de 500 millions d'euros. C'est pourquoi nous assumons de majorer ce qui est bien une sanction pour violation du respect du code de la sécurité sociale – et non une taxe. Cette mesure est de nature à dissuader les gens de recourir au travail dissimulé, du moins je l'espère ; si elle ne le fait pas, elle permettra du moins à la sécurité sociale de percevoir plusieurs centaines de millions supplémentaires.

M. Christophe Bentz (RN). L'amendement AS332 est défendu.

*La commission **adopte** les amendements.*

*En conséquence, l'article 12 nonies est **ainsi rétabli**.*

Article 12 decies : *Supprimer la possibilité pour un employeur de bénéficier d'une réduction des majorations de redressement après un constat de travail dissimulé*

*Contre l'avis du rapporteur général, la commission **adopte** les amendements identiques AS102 de M. Jérôme Guedj, AS306 de M. Yannick Monnet et AS331 de Mme Joëlle Mélin.*

*En conséquence, l'article 12 decies est **ainsi rétabli**.*

Article 12 undecies : *Modification du montant des pénalités prononcées en cas de non-respect de l'obligation de transmission à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales des données des vendeurs et prestataires recourant à des plateformes numériques*

*La commission **maintient** la suppression de l'article 12 undecies.*

TITRE II

CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article 13 : *Compensation par l'État des pertes de recettes pour la sécurité sociale*

Amendements de suppression AS307 de M. Yannick Monnet et AS504 de M. Damien Maudet

M. Yannick Monnet (GDR). Pour nous, il ne devrait pas y avoir d'exonérations de cotisations sociales du tout. Un système d'aides directes serait plus lisible. En outre, de plus en plus d'exonérations ne sont pas compensées, ce qui grève fortement le budget de la sécurité sociale.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement AS504 est défendu.

M. le rapporteur général. Cet article constitue une disposition obligatoire des lois de financement de la sécurité sociale. De plus, il ne concerne pas les allègements généraux – contrairement à ce qui est indiqué dans l'exposé sommaire de l'amendement AS504 –, mais uniquement les exonérations ciblées.

Vous êtes contre toute forme d'exonération ; moi, je suis favorable à ce que les exonérations soient compensées. Je ne peux donc que souhaiter le maintien de l'article 13, qui traduit le respect de la règle de compensation issue de la loi Veil. Il faudra que cette compensation soit ajustée pour tenir compte des votes émis par le Parlement durant l'examen du PLFSS.

Avis défavorable.

M. Jérôme Guedj (SOC). Vous êtes d'autant plus opposé à la suppression de cet article qu'il intègre la compensation intégrale des 2,5 milliards d'euros d'exonérations sur les heures supplémentaires que vous aviez fait voter en première lecture ! Même si ce sera difficile pour le budget de l'État, la sécurité sociale récupérera ainsi 2,5 milliards de recettes supplémentaires par rapport à ce qui était proposé dans la version initiale du projet de loi.

M. le rapporteur général. C'est en effet dans cet article que le Gouvernement devra concrétiser les engagements pris en matière de compensation, sachant que son montant définitif ne pourra être ajusté qu'à la fin de l'examen du texte. Parmi les exonérations ciblées, il y a celles sur les heures supplémentaires – qui représentent plutôt 2,7 milliards d'euros – et les quatre dispositifs que nous avons déjà mentionnés.

M. Nicolas Turquois (Dem). J'entends qu'intellectuellement on puisse être contre les exonérations ; toutefois, l'objet de cet article est de compenser les pertes de recettes de la sécurité sociale. Je souhaite qu'à terme il y ait moins d'exonérations et davantage de cotisations basées sur la rémunération, mais, en attendant, je ne soutiendrai pas ces amendements de suppression de l'article.

M. Yannick Monnet (GDR). Compenser les exonérations est un moindre mal, je vous l'accorde. Néanmoins, il faut garder à l'esprit qu'en faisant cela, on finance la sécurité sociale par de la TVA et je ne suis pas favorable à ce procédé. Car si on fait du bien à la sécurité sociale à court terme en compensant les pertes de recettes, on introduit le mal dans le

bien, puisqu'on modifie la manière de la financer, ce qui est dramatique à moyen et à long terme.

*La commission **rejette** les amendements.*

*Puis elle **adopte** l'article 13 **non modifié**.*

Article 14 : *Approbation, pour l'année 2026, des tableaux d'équilibre de l'ensemble des régimes obligatoires de base*

Amendements de suppression AS202 de M. Hadrien Clouet et AS334 de Mme Joëlle Mélin

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement AS202 est défendu.

M. le rapporteur général. Avis défavorable.

Il faudra ajuster le tableau d'équilibre des régimes obligatoires de base de sécurité sociale en fonction de ce qui aura été adopté par notre assemblée.

*La commission **rejette** les amendements.*

*Puis, suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement AS308 de M. Yannick Monnet.*

*Elle **adopte** ensuite l'article 14 **non modifié**.*

Article 15 : *Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions de recettes du fonds de réserve pour les retraites*

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement de suppression AS310 de M. Yannick Monnet.*

Amendements AS103 de Mme Élise Leboucher et AS106 de M. Manuel Bompard (discussion commune)

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Il s'agit d'obtenir l'extinction immédiate de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), qui aurait dû disparaître il y a plusieurs années déjà. Elle fait porter à la sécurité sociale la charge d'une dette sociale que l'État pourrait faire rouler et qui coûte cher en intérêts.

M. le rapporteur général. Dans un monde idéal, le budget serait à l'équilibre et il n'y aurait ni déficit ni dette sociale. Cependant, nous avons des déficits, qui résultent parfois de raisons exogènes – je pense notamment à la dette covid, dont une partie aurait pu ne pas être transférée à la Cades. Il faut bien rembourser cette dette sociale. C'est une exigence morale : lorsqu'on contracte des emprunts, on doit les rembourser. En supprimant le remboursement, vous ne réglez rien. Nous n'étions pas là, ni vous ni moi, lorsque la Cades a été créée ni lorsque la durée d'amortissement de la dette a été prolongée à plusieurs reprises. Maintenant, il faut assumer, tout en restant vigilants, car si nous augmentons les déficits, nos enfants et nos petits-enfants devront payer.

M. Yannick Monnet (GDR). Lorsqu'on renonce à des recettes, on sait bien qu'on va créer un déficit et alimenter une dette. Il ne s'agit donc pas d'un monde idéal, mais d'un monde où on ferait d'autres choix politiques. Ceux que vous soutenez perdurent depuis dix à quinze ans. Dans un budget, il y a une colonne pour les dépenses et une pour les recettes ; en refusant d'agir sur ces dernières, on crée un déficit. Ensuite, est-ce à la sécurité sociale de financer la dette covid ? Pour ma part, je considère que non. Cela coûterait moins cher si l'État s'en chargeait.

Mme Annie Vidal (EPR). Nous pourrions avoir un débat de fond sur la manière de financer la sécurité sociale. Toutefois, la dette est contractée et contractuelle et nous devons la rembourser. Lorsque vous faites un emprunt à la banque, vous ne pouvez pas dire à votre banquier, une fois le crédit signé, que vous n'avez plus envie de le rembourser parce que vous préférez faire autre chose avec l'argent !

M. Michel Lauzzana (EPR). La Cades gère très bien la dette, avec l'Agence France Trésor, qui est un organisme très efficace. Les dépenses pourraient aussi baisser, monsieur Monnet. En réformant le système des retraites, par exemple, on peut aussi réaliser des économies structurelles. Néanmoins, les dépenses sociales augmentent continuellement. Où s'arrêteront-elles ? Il faut y réfléchir.

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

Amendements identiques AS108 de M. Damien Maudet et AS309 de M. Yannick Monnet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement AS108 est défendu.

M. Yannick Monnet (GDR). C'est vrai, monsieur Lauzzana, il y a des dépenses qui progressent, mais la création de richesse progresse aussi.

M. Michel Lauzzana (EPR). Moins vite.

M. Yannick Monnet (GDR). Non, ce n'est pas vrai ! Depuis que la sécurité sociale a été instaurée, il y a eu beaucoup de création de richesse. La vraie question, c'est de savoir comment nous pouvons protéger le monde du travail pour qu'il en produise encore davantage. Vous n'avez jamais réussi à anéantir la sécurité sociale, car il s'agit d'un système plutôt équilibré, qui ponctionne sur la richesse créée. Mais lorsque vous refusez d'agir sur ce levier, ne vous étonnez pas ensuite qu'il y ait de la dette et du déficit.

M. le rapporteur général. Nous parlons d'un transfert de dette de 15 milliards d'euros – aucun des amendements que nous examinerons aujourd'hui ne prévoit de montant aussi élevé et c'est la mesure la plus importante que le Gouvernement ait fait adopter au Sénat sur ce texte.

L'Acosse est dans une situation financière compliquée, faute de recettes affectées. Et en même temps, nous ne pouvons reporter la date d'amortissement de la dette sociale, car un tel report nécessiterait une loi organique.

Quoi qu'il en soit, le transfert de dette proposé est juridiquement et économiquement possible. En outre, le Parlement est désormais éclairé par un avis du Conseil d'État. Est-ce suffisant ? C'est à vous d'en juger.

Lors des auditions, les responsables de la Cades ont indiqué qu'au niveau actuel d'endettement, la dette pourrait être apurée bien avant l'échéance de fin 2023 – *a priori* à la fin de 2032, selon les scénarios médians.

Si l'on procède au transfert de 15 milliards d'euros proposé, en revanche, l'amortissement de la dette de la Cades n'aurait lieu qu'en 2033 ; dans les scénarios les plus pessimistes, ce serait même novembre ou décembre 2033. Je ne vais pas vous mentir : le transfert de dette proposé augmente donc les risques, même si nous avons de la marge.

Le plafond de découverts de l'Acoss est déjà très élevé pour 2026, de 83 milliards d'euros, et sa marge de manœuvre très réduite. Un allègement de 15 milliards de sa dette sera un soulagement de court terme et nous ne pourrons pas faire l'économie d'un débat sur une reprise de dette plus structurante, d'autant que, selon la programmation, les comptes de la sécurité sociale enregistreront un déficit pour les trois prochaines années – j'espère toutefois que le déficit pour 2026 n'atteindra pas le niveau de 2025, à savoir 23 milliards. L'Acoss ne peut pas assumer un tel déficit ; le risque serait trop élevé.

La France est le premier émetteur de dette à court terme sur la place européenne – le deuxième est 30 % derrière. Le plafond de découverts de l'Acoss était de 65 milliards d'euros en 2025, pour une dette qui devrait atteindre 61 milliards en décembre. Nous ne tiendrons donc pas l'année 2026, sans le transfert de dette, le relèvement du plafond d'endettement à 83 milliards prévu à l'article 16 et l'acompte prévu à l'article 11 – ceux qui ont voté contre l'article 11 doivent savoir que celui-ci permet de réduire la hausse du plafond d'endettement de l'Acoss de 8 à 9 milliards.

Avis défavorable.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Le transfert de dette proposé alourdira la dette de la Cades, alors qu'elle n'a pas été créée pour l'assumer. De même, vous financiarisez la dette de la sécurité sociale, alors que la sécurité sociale n'a pas été prévue pour fonctionner ainsi. Tout ça pour faire assumer à la sécurité sociale, c'est-à-dire aux travailleurs et aux travailleuses, les conséquences des choix politiques du Gouvernement.

En outre, sur le fond, le budget de la sécurité sociale ne devrait pas être fixé dans le PLFSS, car c'est aux travailleurs et aux travailleuses que devraient revenir ces décisions financières.

Ainsi, ce transfert de dette coche toutes les mauvaises cases. Nous proposons donc de le supprimer.

M. Nicolas Turquois (Dem). Ce transfert de dette peut être utile, même si, du point de vue du droit à l'information des députés, qu'une mesure d'un tel montant soit présentée par voie d'amendement au Sénat, entre deux lectures, ce n'est pas correct ! Je comprends qu'il s'agit d'une décision de court terme, prise dans l'urgence, pour sauver la sécurité sociale, mais j'aurais préféré que le Premier ministre vienne nous la présenter.

M. Michel Lauzzana (EPR). Monsieur Monnet, le produit intérieur brut (PIB) de notre pays augmente moins vite que ses dépenses sociales, car nos prédécesseurs ont eu la lâcheté de laisser filer la dette – notamment la dette sociale, qui constitue une très grosse part de l'augmentation de la dette depuis trente ans.

Quant à la reprise de dette proposée, la Cades a été inventée pour amortir la dette sociale, en empruntant à des taux beaucoup plus faibles que l'Acoss, qui ne gère que la trésorerie. Une telle mesure s'inscrit donc dans un cercle vertueux.

Toutefois, je suis d'accord avec M. le rapporteur général : il faut trouver une solution structurelle alors que nous approchons de la date limite d'amortissement de la dette de la Cades. À défaut, nous aurons un véritable problème.

M. Hendrik Davi (EcoS). Nous comprenons bien que ce transfert de dette est une solution d'urgence pour éviter une crise de liquidités.

Le fond du problème est que vous refusez d'accroître les recettes pour limiter le déficit de la sécurité sociale – vous avez ainsi refusé les 20 à 30 milliards d'euros de recettes supplémentaires que nous proposons.

Il n'est pas légitime d'augmenter la dette de la sécurité sociale. Après un tel transfert de dette à la Cades, à la fin des fins, vous ferez un chantage sur les prestations, alors que le débat devrait porter sur les recettes.

Nous voterons pour les amendements supprimant ce transfert de dette, parce que nous n'avons pas tout à fait fini de débattre des recettes – nous espérons toujours que vous voterez en faveur de milliards de recettes supplémentaires, en revenant sur certains allègements généraux, par exemple.

M. le rapporteur général. L'Assemblée nationale a terminé l'examen du PLFSS le 12 novembre à minuit et a transmis le texte au Sénat le 13. Le Premier ministre a demandé un avis au Conseil d'État sur un transfert de dette à la Cades le 17. Cet avis a été rendu le 20. Pour ma part, je n'ai découvert la mesure que lors de son examen au Sénat.

Sur le fond, l'Acoss demande un transfert depuis des années, car sa situation n'est pas soutenable.

Par ailleurs, le rehaussement du plafond d'endettement à 83 milliards prévu dans le présent texte correspondait à l'objectif initial d'un déficit de la sécurité sociale de 17 milliards pour l'an prochain. Or, même en supprimant les irritants du PLFSS, nous allons sans doute vers un déficit supérieur de plusieurs milliards. Nous devons donc soit augmenter encore le plafond de découverts de l'Acoss, soit affecter d'autres recettes à la Cades – mais pour cela, il faudrait une loi organique.

En attendant un débat plus structurant, il faut résoudre les difficultés de trésorerie de l'Acoss à court terme, y compris au cas où le déficit serait l'an prochain supérieur aux prévisions initiales.

L'important est qu'avec le transfert de dette proposé, l'apurement de la dette de la Cades serait possible à la mi-2033, selon les scénarios médians, et en novembre 2033, selon les scénarios les plus pessimistes. Bref, ça passe – même si nous aggravons les risques de ne pas respecter l'échéance de fin 2033.

Ainsi, je reste défavorable aux amendements en discussion, même si j'aurais préféré que la commission soit informée plus tôt de cette opération.

*La commission **rejette** les amendements.*

Amendement AS591 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Il faut clarifier le transfert de dette sur le plan technique. Le Gouvernement fixe l'objectif d'une reprise de dette de 9 milliards d'euros pour la branche maladie et de 6 milliards pour la branche vieillesse. Or l'article prévoit de calculer le montant de la dette reprise pour ces branches à partir des seuls déficits de 2024, alors qu'un tel calcul ne permettrait pas à la branche vieillesse de bénéficier de 9 milliards. Le présent amendement vise à remédier au problème, en calculant le prorata de la reprise de dette pour cette branche à partir de ses déficits cumulés pour les exercices 2021 à 2024.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 15 **modifié**.*

Article 16 : *Liste et plafonds de trésorerie des organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes*

*La commission **adopte** l'article 16 **non modifié**.*

Article 16 bis : *Obligation pour certains organismes de sécurité sociale de s'endetter prioritairement auprès de la Caisse des dépôts et consignations*

Amendements identiques AS73 de Mme Ségolène Amiot, AS259 de M. Yannick Monnet, AS335 de Mme Joëlle Mélin et AS350 de Mme Sandrine Rousseau

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'article 16 bis, qui a été supprimé par le Sénat, visait à permettre à l'Acosse de se financer par des emprunts auprès de la Caisse des dépôts et consignations, plutôt que sur les marchés financiers. Nous proposons de le rétablir, car il faut définitiveriser l'Acosse.

M. Yannick Monnet (GDR). Je précise que cet article était issu d'un amendement que nous avons adopté en séance publique.

M. le rapporteur général. Oui, malgré mon avis défavorable, et je reste défavorable à la mesure.

Si l'Acosse peut déjà recourir à des emprunts auprès de la Caisse des dépôts, votre amendement prévoit qu'elle devrait le faire en priorité. Or, notamment au vu des règles prudentielles, la Caisse des dépôts ne pourrait pas accorder à l'Acosse des prêts d'un montant suffisant pour couvrir ses besoins de financement. Rendez-vous compte : le 15 décembre, l'Acosse émettra potentiellement 61 milliards d'euros de dette à court terme. Ce n'est pas rien ! Et l'an prochain, nous lui permettrons même sans doute d'aller jusqu'à 83 milliards !

Certes, vous prévoyez que l'Acosse pourrait continuer à s'endetter auprès des marchés financiers. Toutefois, en saturant son plafond d'emprunt auprès de la Caisse des dépôts, votre mesure priverait l'Acosse d'un filet de sécurité en cas d'événements imprévus. Le dispositif pourrait donc se retourner contre l'Acosse et tous nos concitoyens qui ont besoin du financement des prestations, alors que ce n'est pas votre intention.

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

*La commission **rejette** les amendements.*

Elle **maintient** la suppression de l'article 16 bis.

Article 17 : Approbation de l'annexe pluriannuelle

Amendements de suppression AS180 de M. Hadrien Clouet et AS311 de Mme Karine Lebon

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement AS180 est défendu.

M. Yannick Monnet (GDR). L'amendement AS311 est défendu.

M. le rapporteur général. Je serais tenté d'émettre un avis favorable : en supprimant l'article, on s'éviterait un débat dépourvu de sens sur les amendements relatifs à l'annexe du texte. Toutefois, puisqu'une LFSS doit obligatoirement comporter un tel article, je ne peux être qu'être défavorable à vos amendements de suppression.

La commission **adopte** les amendements.

*En conséquence, l'article 17 est **supprimé** et les amendements AS126 et AS127 de Mme Sophia Chikirou, AS132 de M. Perceval Gaillard, AS133 de Mme Karen Erodi, AS136 de Mme Murielle Lepvraud, AS129 de M. Paul Vannier et AS118 de Mme Sophie Pantel, les amendements identiques AS54 de Mme Sandrine Rousseau et AS116 de M. Boris Vallaud, les amendements AS144 de Mme Ségolène Amiot, AS121 de Mme Élise Leboucher, AS124 de M. Hadrien Clouet, AS141 de Mme Élise Leboucher, AS107 de M. Denis Fégné et AS490 de Mme Annie Vidal, les amendements identiques AS364 de Mme Catherine Hervieu et AS537 de M. Nicolas Tryzna ainsi que les amendements AS154 de M. Loïc Prud'homme, AS517 de Mme Anne Bergantz et AS518 de M. Jean-Carles Grelier **tombent**.*

La commission **rejette** la deuxième partie du projet de loi.

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2026

TITRE I^{ER}

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES

Article 18 : Étendre le champ des participations forfaitaires et franchises et rendre visible leur recouvrement

La commission **maintient** la suppression de l'article 18.

Article 18 bis A (nouveau) : Définition des conditions dans lesquelles les anciens assurés retrouvent leurs droits à l'assurance maladie après leur retour sur le territoire français

La commission **adopte** l'amendement de suppression AS579 de M. Thibault Bazin.

En conséquence, l'article 18 bis A est **supprimé**.

Article 18 bis : Subordination de la prise en charge des lentilles de contact à la télétransmission d'un acte de remise

*La commission **maintient** la suppression de l'article 18 bis.*

Article 18 ter A (nouveau) : *Restriction des conditions de justification de la résidence principale*

Amendements de suppression AS580 de M. Thibault Bazin, AS75 de M. Hadrien Clouet, AS119 de Mme Sandrine Runel, AS312 de Mme Karine Lebon et AS411 de M. Hendrik Davi

M. le rapporteur général. Contrairement aux autres amendements de suppression, le mien est d'abord motivé par des enjeux opérationnels et juridiques.

Le présent article risquerait de remettre en cause le principe d'inviolabilité et de libre choix du domicile, que le juge constitutionnel a maintes fois protégé. Une intervention du législateur en cette matière devrait donc être éclairée au préalable par un avis du Conseil d'État, ce qui n'est pas le cas de cet article.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement AS75 est défendu.

M. Jérôme Guedj (SOC). L'amendement AS119 est défendu.

M. Yannick Monnet (GDR). L'amendement AS312 est défendu.

*Les amendements sont **adoptés**.*

*En conséquence, l'article 18 ter A est **supprimé**.*

Article 18 ter : *Expérimentation de la prise en charge des actes de prélèvements consécutifs aux sévices sexuels subis, sans exigence d'un dépôt de plainte*

*La commission **adopte** l'article 18 ter **non modifié**.*

Article 18 quater : *Demande de rapport sur le forfait patient urgences*

Amendement AS219 de M. Hadrien Clouet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Nous nous opposons au forfait patient urgences (FPU), une participation forfaitaire des patients.

Actuellement, certains patients retournent mourir chez eux, alors même que de l'avis des médecins, ils devraient être hospitalisés.

La situation actuelle est ubuesque, injuste. Tout retombe sur ceux qui, parce qu'ils n'arrivent pas à obtenir de rendez-vous médical, laissent pourrir la situation. Arrêtons la plaisanterie !

M. le rapporteur général. Votre amendement ne vise pas à supprimer le FPU, mais la production d'un rapport sur celui-ci. Or un rapport ne changerait rien, d'autant que ce dispositif a déjà fait l'objet de plusieurs rapports – par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques en septembre de cette année ; par la Cour des comptes, en novembre 2024.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Elle **maintient** la suppression de l'article 18 quater.*

Après l'article 18 quater

Amendement AS567 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Cet amendement vise à déplacer l'ancien article 12 *sexies* dans la troisième partie du présent texte.

*La commission **adopte** l'amendement.*

Article 19 : *Prise en charge des prestations d'accompagnement préventif pour les assurés en risque de développer une affection de longue durée*

Amendements AS160 de Mme Élise Leboucher et AS314 de M. Yannick Monnet (discussion commune)

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement AS160 est défendu.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** successivement les amendements.*

Amendements AS559 de M. Thibault Bazin et AS78 de Mme Élise Leboucher (discussion commune)

M. le rapporteur général. Cet amendement vise à supprimer les deux phrases suivantes, insérées à cet article par le Sénat, concernant le parcours d'accompagnement préventif : « 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. Le médecin traitant assure le suivi du parcours d'accompagnement préventif de ses patients. » En effet, la première phrase est incorrecte d'un point de vue grammatical et redondante avec la phrase précédente. La seconde est dépourvue de portée juridique et n'est pas applicable aux patients qui n'ont pas de médecin traitant.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Nous sommes d'accord : il serait inopérant d'imposer un suivi par le médecin traitant, alors qu'un nombre incroyable de patients n'en a pas.

*La commission **adopte** l'amendement AS559.*

*En conséquence, l'amendement AS78 **tombe**, de même que l'amendement AS313 de Mme Karine Lebon.*

*La commission **adopte** l'article 19 **modifié**.*

Article 20 : *Simplifier et rendre plus efficiente la politique vaccinale*

Amendement de suppression AS336 de M. Christophe Bentz

M. Christophe Bentz (RN). Cet article marque une nouvelle étape dans l'extension de l'obligation vaccinale. En première lecture, l'Assemblée nationale l'a rejeté ; les sénateurs l'ont rétabli. Je propose sa suppression, au nom du principe de liberté vaccinale des soignants.

M. le rapporteur général. Certains s'opposent par principe à l'obligation vaccinale – je respecte cette position, au nom de la liberté de conscience. Rappelons toutefois que l'obligation vaccinale a permis de faire disparaître des maladies graves et de faire chuter la mortalité infantile.

Le présent article ne vise pas seulement à rendre obligatoire la vaccination contre la grippe pour les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Il concerne également la rougeole, maladie dont on observe une résurgence extrêmement inquiétante, notamment pour les enfants les plus jeunes. Nous devons être au rendez-vous de cet enjeu de santé publique.

Ne supprimons pas cet article, au nom d'une opposition de principe. Nous pourrions l'amender.

Surtout, l'article est rédigé de telle manière que le champ de l'obligation vaccinale évoluera automatiquement en fonction des recommandations d'une autorité scientifique indépendante, la HAS, pour correspondre aux besoins de santé publics.

Certaines maladies, qui avaient disparu, resurgissent. Évitions, par excès d'individualisme, de porter atteinte aux autres. Nous devons la protection aux personnes les plus vulnérables. Les professionnels qui ont choisi de travailler auprès des enfants, notamment, se doivent de protéger ceux qui leur ont été confiés.

Avis défavorable.

M. Michel Lauzzana (EPR). Les soignants sont responsables vis-à-vis de ceux qu'ils soignent ! Un soignant, par principe, s'engage à ne pas transmettre de pathologies à ses patients, d'autant que pour une personne fragile, il n'est pas anodin de contracter la grippe. Les études le montrent suffisamment.

Oui, je respecte la liberté de conscience, mais pensons aussi à la liberté, pour les personnes âgées, de ne pas être contaminés par une maladie potentiellement mortelle.

M. Yannick Monnet (GDR). Les conséquences de certains vaccins ont été trop ignorées, y compris dans les études scientifiques. C'est ce qui explique la montée de l'opposition à la vaccination – que je ne partage pas, mais qui, elle non plus, ne peut être ignorée.

Mme Sandrine Dogor-Such (RN). La vaccination est nécessaire pour les personnes les plus fragiles. Toutefois, à partir du moment où cette information est diffusée sur tout le territoire, grâce à la politique de prévention, libre à chacun de décider s'il veut être vacciné ou non.

Et pensez à ceux pour qui les effets secondaires des vaccins sont si forts qu'ils les empêchent d'aller travailler. Comment ferez-vous, pour eux ?

La commission rejette l'amendement.

Amendements identiques AS130 de Mme Sandrine Runel et AS426 de Mme Camille Galliard-Minier, amendement AS436 de Mme Nicole Dubré-Chirat (discussion commune)

M. Jérôme Guedj (SOC). Par l'amendement AS130, nous proposons de rétablir l'obligation vaccinale des résidents des Ehpad, supprimée par le Sénat. Cette obligation n'emporte pas de risque d'éviction des résidents, puisqu'elle n'est pas accompagnée de sanction.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Par l'amendement AS426, nous proposons également de rétablir l'obligation vaccinale des résidents en Ehpad. La grippe tue entre 10 000 et 15 000 personnes chaque année. Je ne vois pas pourquoi nous n'obligerions pas nos concitoyens à adopter cette protection nécessaire, dans un contexte d'augmentation du nombre de personnes vaccinées. En outre, la situation des personnes qui présentent des contre-indications et ne peuvent donc être vaccinées sera prise en compte. Quant à l'amendement AS436, il est de repli.

M. le rapporteur général. Quelque 82 % des résidents en Ehpad sont déjà vaccinés contre la grippe – les campagnes de vaccination contre ce virus sont très importantes. L'extension de l'obligation vaccinale proposée n'aurait donc pas d'impact massif.

Par ailleurs, la rédaction initiale de cet article prévoyait d'exclure du champ de l'obligation les personnes présentant des contre-indications pour des raisons de santé. Or vos amendements ne reprennent pas cette disposition – mais je pourrai les sous-amender, en séance publique, si vous les présentez de nouveau.

La grippe saisonnière entraîne chaque année 20 000 hospitalisations et 10 000 morts. Toutefois, j'entends également qu'il y a pu y avoir un souci avec d'autres vaccinations. Je m'en remets à la sagesse de la commission.

*La commission **adopte** les amendements identiques.*

*En conséquence, l'amendement AS436 **tombe**.*

Amendement AS423 de Mme Nicole Dubré-Chirat

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Il faut étendre la vaccination à tous les professionnels exerçant dans les mêmes lieux que les professionnels de santé libéraux, pour éviter qu'ils ne contaminent les patients les plus fragiles.

En France, les vaccins ne sont mis sur le marché qu'après avoir été dûment contrôlés. Je fais partie d'une génération où l'on risquait d'attraper le tétanos ou la tuberculose. Ces maladies sont désormais éradiquées grâce à la vaccination, car la vaccination protège très bien.

M. le rapporteur général. Si votre amendement était adopté, l'alinéa 11 de l'article deviendrait incompréhensible. Je vous propose que nous retravaillions sa rédaction ensemble, en vue de la séance publique.

Demande de retrait.

*La commission **adopte** l'amendement.*

En conséquence, l'amendement AS558 de M. Thibault Bazin tombe.

La commission adopte l'article 20 modifié.

Article 20 bis : *Permettre aux médecins de détenir et conserver le vaccin contre la grippe saisonnière*

Amendements AS561 de M. Thibault Bazin et AS86 de M. Damien Maudet (discussion commune)

M. le rapporteur général. Il s'agit, là encore, de rétablir un article supprimé par le Sénat. En première lecture, l'Assemblée nationale avait adopté une disposition autorisant les médecins à détenir des vaccins contre la grippe saisonnière en vue d'une administration à leurs patients, selon des modalités définies par voie réglementaire.

Sur le plan technique, cette mesure présente cependant une certaine complexité, puisqu'il faudrait que les médecins avancent les frais pour acquérir un certain nombre de vaccins et qu'ils se mettent en mesure de les conserver dans des conditions conformes à la réglementation en vigueur. Il n'empêche qu'une telle disposition pourrait avoir un réel impact du point de vue de la prévention et de l'efficacité, car un seul contact avec le système de soins permettrait de consulter le statut vaccinal du patient, de lui prescrire le vaccin et de le lui administrer. À mon sens, cette mesure mérite donc au moins d'être testée, et il me paraît opportun de le faire avec le vaccin contre la grippe saisonnière, car la question se pose chaque année.

Mon amendement diffère un peu de celui de M. Maudet. Il propose une insertion plus pertinente de cette disposition dans le code de la santé publique et tient compte du vote de l'article 20 en faisant référence non seulement aux recommandations, mais aussi aux obligations vaccinales. Mais il s'agit là de détails rédactionnels : j'invite donc les auteurs de l'amendement AS86 à se rallier à ma rédaction s'ils souhaitent redéposer un amendement en séance.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement AS86 est défendu.

La commission adopte l'amendement AS561.

En conséquence, l'amendement AS86 tombe et l'article 20 bis est ainsi rétabli.

Article 20 ter : *Permettre à l'ensemble des médecins de détenir des vaccins dans leurs cabinets*

Amendements AS560 de M. Thibault Bazin, AS487 de Mme Annie Vidal et AS337 de Mme Joëlle Mélin

M. le rapporteur général. En première lecture, l'Assemblée nationale avait adopté un article 20 ter qui faisait un peu doublon avec l'article 20 bis, que nous venons de rétablir. En effet, il autorisait les médecins à détenir des vaccins – pas seulement celui contre la grippe saisonnière – sur leur lieu d'exercice pour les administrer aux patients qui en feraient la demande. Il a été supprimé par le Sénat, qui a estimé que cette mesure aurait un impact négatif sur la chaîne économique et sanitaire des vaccins et viendrait fragiliser davantage les officines.

Nous devons approfondir ce sujet. Je propose donc de rétablir l'article 20 *ter*, mais sous la forme d'une expérimentation. Nous pourrions, dans un premier temps, autoriser seulement certains médecins volontaires, dans plusieurs territoires pilotes, à détenir des vaccins. Cela nous permettrait d'observer les organisations mises en place, l'impact de cette mesure sur les officines alentour et l'évolution de la couverture vaccinale des patients. Nous verrons alors si les craintes exprimées se vérifient ou si l'expérimentation mérite d'être pérennisée.

J'invite Mmes Vidal et Mélin à retirer leurs amendements, qui rétablissent l'article 20 *ter* dans sa rédaction initiale, et à se rallier au mien, qui permet d'atteindre une position d'équilibre.

Mme Annie Vidal (EPR). Nous allons retirer l'amendement AS487.

Mme Joëlle Mélin (RN). Le rapporteur général propose effectivement une solution d'équilibre, qui ouvre une possibilité technique d'améliorer la couverture vaccinale. La situation actuelle ne permet pas toujours une vaccination rapide, si bien que nous ratons des occasions de vacciner des patients qui le souhaitent. À l'inverse, les officines seront un peu lésées, car elles se verront privées d'une partie de leur activité. La solution intermédiaire préconisée par le rapporteur général me semble raisonnable ; nous allons donc nous aussi retirer notre amendement.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). La gestion par les médecins d'un stock de vaccins me semble tout de même assez compliquée. Non seulement il conviendra de respecter la chaîne du froid, mais il faudra également faire avec un éparpillement des stocks dans de nombreux endroits différents. L'année dernière, on a distribué trop de vaccins contre la grippe, car les gens se sont fait moins vacciner. Il y a donc un risque de perte de produits. Cette mesure ne constitue pas une économie, mais plutôt une charge financière non négligeable.

Mme Joëlle Mélin (RN). Dans la vraie vie, après que les patients ont retiré leur vaccin en officine, ils le placent à n'importe quel étage de leur frigidaire, entre les poireaux et les carottes, et ils attendent. Les conditions de conservation du vaccin, eu égard notamment au risque de rupture de la chaîne du froid, ne sont donc pas toujours respectées. Pourtant, la vaccination semble souvent fonctionner.

M. Michel Lauzzana (EPR). Quand, lors d'une consultation, un patient accepte la vaccination, il faut y procéder tout de suite, faute de quoi il risque d'y avoir une déperdition.

*La commission **adopte** l'amendement AS560, les amendements AS487 et AS337 ayant été **retirés**.*

*En conséquence, l'article 20 *ter* est **ainsi rétabli**.*

Article 20 *quater* : *Application du tiers payant sur la part obligatoire du dispositif
Mon soutien psy*

Amendement AS619 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. En première lecture, le Gouvernement avait donné son accord de principe à la généralisation du tiers payant sur la part d'assurance maladie obligatoire pour les séances de suivi avec un psychologue libéral dans le cadre du dispositif

Mon soutien psy, tout en soulignant qu'il était techniquement impossible de mettre cette mesure en œuvre immédiatement, car les psychologues conventionnés ne sont pas équipés de logiciels adaptés ni de lecteurs de carte Vitale. Je propose donc de repousser l'entrée en vigueur de l'article 20 *quater* au 1^{er} janvier 2027.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 20 *quater* **modifié**.*

Article 20 *quinquies* : *Interdire la prise en charge de protections périodiques contenant des substances contaminantes ou toxiques*

Amendements AS338 de Mme Christine Loir et AS224 de Mme Ségolène Amiot (discussion commune)

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Nous souhaitons rétablir l'interdiction des substances contaminantes et cancérogènes, mutagènes, reprotoxiques ou perturbateurs avérés ou suspectés dans les protections périodiques réutilisables prises en charge par la sécurité sociale.

J'en profite pour rappeler que nous attendons toujours la publication d'un décret d'application afin que les femmes puissent enfin bénéficier de ce dispositif de lutte contre la précarité menstruelle.

M. le rapporteur général. Comme je l'ai expliqué en première lecture, le code de la sécurité sociale prévoit déjà un référencement des produits remboursables en fonction de leur composition chimique. L'article 20 *quinquies* étant satisfait par le droit existant, je ne souhaite pas revenir sur sa suppression.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

*Elle **maintient** la suppression de l'article 20 *quinquies*.*

Article 20 *sexies* : *Prolonger de deux ans l'expérimentation des haltes soins addictions*

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement de suppression AS339 de M. Christophe Bentz.*

Amendements identiques AS93 de Mme Ségolène Amiot et AS315 de Mme Karine Lebon

M. Yannick Monnet (GDR). L'amendement AS315 est défendu.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** les amendements.*

Amendement AS412 de M. Hendrik Davi

M. Hendrik Davi (EcoS). L'amendement vise à modifier l'alinéa 9, relatif à l'évaluation de l'expérimentation des haltes soins addictions. En effet, le Sénat a souhaité

mettre l'accent sur les aspects liés à la sécurité, aux nuisances et aux troubles à l'ordre public, en recourant à des termes stigmatisants, alors même que ces critères font déjà partie du cadre d'évaluation existant. Il n'empêche que l'évaluation doit être enrichie, car le contexte de consommation a évolué. Je pense notamment à la hausse des injections de cocaïne – un phénomène nouveau, qui n'était pas analysé jusqu'à présent. Or ce mode de consommation, plus fréquent et plus exigeant, modifie l'organisation des haltes et doit être documenté. Il s'agit d'éclairer le débat public ainsi qu'une éventuelle décision tendant à généraliser le dispositif.

M. le rapporteur général. Il est déjà prévu que le rapport d'évaluation contienne un certain nombre d'éléments relatifs à la santé publique. Le Sénat a voulu ajouter une analyse des retours des forces de l'ordre et des indicateurs liés aux nuisances perçues par les riverains. Le Gouvernement lui-même a reconnu, en première lecture, la nécessité d'une évaluation plus poussée – c'est d'ailleurs ce qui justifie la prolongation de l'expérimentation. Quant à vous, vous souhaitez que soit également étudiée l'évolution des modes de consommation. J'y suis défavorable, parce que nous parlons ici de produits illicites ayant de graves effets sur la santé des personnes concernées. Les haltes soins addictions visent à amoindrir les risques, mais nous ne devons pas perdre de vue l'objectif de limitation de la consommation. Nous avons longuement débattu de cette question en première lecture, et vous avez réussi à faire évoluer ma position, mais je ne pense pas qu'il faille compléter le rapport d'évaluation comme vous le souhaitez.

M. Yannick Monnet (GDR). Je ne comprends pas l'argumentation du rapporteur général. Si nous voulons mieux connaître et comprendre les nouveaux modes de consommation, c'est pour mieux les combattre. Cela permet d'adapter la politique de prévention et même le traitement des personnes dépendantes. Nous ne pouvons pas nous passer de ces connaissances, car il y a souvent un décalage entre les mesures mises en œuvre et les nouveaux modes de consommation.

M. le rapporteur général. J'entends ce que vous dites, monsieur Monnet, et je vous rejoins sur ce point : si nous connaissons mieux les nouveaux modes de consommation, nous pourrions mieux les combattre. Cependant l'amendement vise à remplacer l'analyse des retours des forces de l'ordre sur les nuisances, ajoutée par le Sénat afin d'assurer une évaluation complète du dispositif, par une analyse des nouveaux modes de consommation. Cette dernière ne me gêne pas si elle vient en supplément, mais je ne veux pas que soient retirés les éléments apportés par le Sénat, qui me semblent nécessaires à une approche globale. J'invite donc les auteurs de l'amendement AS412 à le retirer et à le réécrire dans ce sens avant de le redéposer en séance.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). J'entends aussi ce que vous dites, monsieur le rapporteur général, mais nous discutons ici d'un PLFSS. Dans ce cadre, la question n'est pas de savoir si les haltes soins addictions suscitent des nuisances sonores ou des troubles à l'ordre public. Nous parlons de santé publique, et non des constats effectués ou des plaintes recueillies par les forces de l'ordre. Nous sommes membres de la commission des affaires sociales, et nous n'examinons pas un texte déposé par le ministère de l'intérieur. Retirons donc les mots ajoutés par le Sénat, qui n'ont rien à faire dans un PLFSS, et préoccupons-nous plutôt des nouveaux modes de consommation. Penchons-nous sur l'usage de la vapoteuse, sur l'utilisation de tampons imbibés de drogue comme suppositoires, sur l'emploi de collyres permettant d'ingérer la drogue par les yeux ou de sprays permettant de la faire passer par le nez. Il est très important de savoir à quoi les gens s'exposent afin de mieux détecter et combattre les addictions.

M. Michel Lauzzana (EPR). Je crois que Mme Amiot n'a pas écouté ce qu'a dit le rapporteur général. Il ne nous appelle pas à choisir entre une analyse et une autre : il est favorable aux deux ! Nous sommes d'accord pour étudier les nouveaux modes de consommation, mais nous devons aussi nous préoccuper de l'acceptabilité de ces haltes soins addictions. Il ne faut pas se voiler la face : le dispositif souffre d'un manque d'acceptabilité. Si nous voulons y remédier, nous devons faire le diagnostic des problèmes posés par ces lieux et tenter de les résoudre.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Le Sénat a ajouté des éléments relatifs à la sécurité et aux nuisances. Or la question n'est pas là : les haltes soins addictions répondent à un enjeu de santé publique. Le problème doit être traité en tenant compte des évolutions de la consommation de drogues diverses et variées. L'ajout du Sénat n'a donc aucun intérêt.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Puis elle **rejette** l'article 20 sexies.*

Article 20 septies : *Étendre à une région ultramarine la prise en charge expérimentale par l'assurance maladie du test de détection de soumission chimique*

*La commission **adopte** l'article 20 septies **non modifié**.*

Article 20 octies : *Demande de rapport sur le dispositif Mon soutien psy*

Amendement AS164 de Mme Élise Leboucher

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Il importe d'évaluer avec beaucoup de lucidité le dispositif Mon soutien psy, que nous avons déjà modifié à maintes reprises, et d'admettre qu'il ne fonctionne pas. Je vous invite donc à voter notre amendement afin de faire ensemble le constat de son absence d'efficacité. De nombreux professionnels de santé partagent cette conviction – une tribune a encore été publiée cette semaine à ce sujet. Les crédits alloués à Mon soutien psy seraient bien mieux utilisés d'une autre manière ; ils permettraient par exemple de recruter jusqu'à 2 500 équivalents temps plein.

M. le rapporteur général. Nous disposons déjà de rapports et de chiffres, qui nous permettent de dire que ce dispositif commence en réalité à prendre de l'ampleur et à trouver son public. Il n'est certes pas parfait, mais ce n'est pas une demande de rapport qui va changer les choses.

Avis défavorable.

M. Sébastien Peytavie (EcoS). La question de fond n'est pas tellement de savoir si le dispositif prend ou ne prend pas. Alors que de nombreuses personnes sont confrontées à des problèmes de santé mentale, nous manquons d'argent public et les choix faits dans le cadre de ce PLFSS ne vont pas dans le sens d'une augmentation des recettes. Or les crédits alloués à Mon Soutien psy, qui ne prévoit qu'un nombre de séances limité, permettraient de créer dans les centres médico-psychologiques 2 500 postes de psychologues, lesquels pourraient suivre des patients, notamment des enfants, pendant une ou deux années. Cela fait trois ans que je dénonce l'absurdité de cette situation. Nous ne pouvons pas faire autrement que de demander un rapport, mais nous appelons à utiliser les crédits de la sécurité sociale pour renforcer le service public et permettre un suivi sur le long terme. Je regrette vivement que nous ne parvenions pas à prendre une telle décision.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Elle **maintient** la suppression de l'article 20 octies.*

Article 20 nonies : *Demande de rapport sur la prise en charge des protections périodiques réutilisables*

Amendement AS225 de M. Hadrien Clouet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Nous demandons un rapport – parce que nous ne pouvons pas faire autre chose – dans le but d'élargir la prise en charge des protections hygiéniques à l'ensemble de la population qui en a besoin. L'achat de ces protections représente un budget de 3 000 à 8 000 euros sur toute la vie d'une personne. Cependant, le coût pour la sécurité sociale serait bien moindre, puisque la prise en charge que nous avons déjà votée concerne les seules protections hygiéniques réutilisables, donc durables.

M. le président Frédéric Valletoux. Il n'est peut-être pas nécessaire de rouvrir ce débat, que nous avons déjà eu en première lecture.

M. le rapporteur général. Nous avons déjà voté cette mesure dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024. En séance, la ministre a pris l'engagement de publier sans délai les textes réglementaires visant à permettre l'application de cette disposition.

Demande de retrait ou avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Elle **maintient** la suppression de l'article 20 nonies.*

Article 20 decies : *Demande de rapport sur les parcours de santé post-cancer*

*La commission **maintient** la suppression de l'article 20 decies.*

Article 20 undecies : *Demande de rapport sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie*

*La commission **maintient** la suppression de l'article 20 undecies.*

Article 20 duodecies : *Demande de rapport sur le bilan de santé des mineurs entrant dans un dispositif de protection de l'enfance*

*La commission **maintient** la suppression de l'article 20 duodecies.*

Article 21 : *Renforcer l'accès aux soins*

Amendements AS71 de M. Hadrien Clouet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement.*

*Puis, suivant l'avis du rapporteur général, elle **rejette** amendement AS316 de M. Yannick Monnet.*

Amendement AS432 de M. Jean-François Rousset

M. Michel Lauzzana (EPR). Nous souhaitons réintroduire un alinéa, supprimé par le Sénat, visant à faire rémunérer les docteurs juniors en médecine générale par leur CHU de rattachement. Il s'agit d'inscrire dans la loi un accord trouvé à l'issue de longues négociations.

M. le rapporteur général. Ce sont les internes eux-mêmes qui ont demandé la suppression de cette précision. Leur position a évolué : ils préfèrent désormais qu'une telle considération ne soit pas gravée dans le marbre de la loi.

En revanche, le Sénat a maintenu les dispositions relatives aux modalités de facturation des consultations effectuées par ces docteurs juniors. Le principal problème est ainsi réglé.

Du reste, il semblerait que le Gouvernement ait encore l'intention de retoucher ces dispositions. J'espère qu'il nous transmettra son projet d'amendement le plus tôt possible.

Demande de retrait ; à défaut, avis défavorable.

*L'amendement est **retiré**.*

Amendement AS137 de Mme Sandrine Runel

M. Jérôme Guedj (SOC). L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS588 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Je propose de permettre à la fois l'ouverture d'une antenne de pharmacie, comme le prévoit le Sénat, et la création d'une officine dans les communes de moins de 2 500 habitants où la dernière officine a fermé. En effet, je ne veux pas empêcher la création d'une officine si les conditions locales évoluent – par exemple si des médecins s'installent à proximité.

*La commission **adopte** l'amendement.*

Amendements identiques AS74 de Mme Ségolène Amiot et AS317 de Mme Karine Lebon

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Nous souhaitons préciser le caractère public ou non lucratif des structures de soins non programmés.

M. Yannick Monnet (GDR). L'amendement AS317 est défendu.

M. le rapporteur général. Comme je l'ai déjà expliqué en première lecture, la plupart de ces structures sont libérales, donc de droit privé. Elles sont d'ailleurs souvent

constituées sous forme de sociétés interprofessionnelles de soins ambulatoires, et c'est cela qui fonctionne !

Avis défavorable.

*La commission **rejette** les amendements.*

Amendements AS81 de M. Damien Maudet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS216 de Mme Élise Leboucher

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 21 **modifié**.*

Article 21 bis A (nouveau) : *Extension à Mayotte de la possibilité pour les infirmiers de rédiger des certificats de décès*

*La commission **adopte** l'article 21 bis A **non modifié**.*

Article 21 bis B (nouveau) : *Modalités de recouvrement des indus versés aux professionnels de santé libéraux par les centres médico-psychologiques*

*La commission **adopte** l'article 21 bis B **non modifié**.*

Article 21 bis : *Création du réseau France santé et prise en charge de certaines situations cliniques par les pharmaciens*

Amendement AS540 de Mme Annie Vidal

Mme Annie Vidal (EPR). Nous avons introduit, en première lecture, cet article 21 bis relatif au réseau France santé pour répondre à l'annonce faite par le Premier ministre. Or le Sénat a supprimé ou modifié un certain nombre de ses dispositions ; aussi avons-nous déposé plusieurs amendements visant à réécrire l'article.

L'amendement AS540 a pour objet de supprimer, aux alinéas 8 et 16, les mots « ainsi qu'à l'orientation du patient dans le parcours de soins ». C'est une demande très forte des professionnels que de limiter l'accès au réseau France santé aux patients dont l'état de santé requiert une prise en charge dans les quarante-huit heures. Le réseau ne doit pas être chargé de l'orientation des patients.

M. le rapporteur général. Vous oubliez les pharmaciens, qui sont pourtant des acteurs essentiels du système de santé. Or votre amendement aurait pour effet de supprimer la reconnaissance du rôle que remplissent ces professionnels dans l'orientation des patients au sein du parcours de soins. Ce rôle me semble évident, et je ne vois pas de bonne raison de vouloir le nier.

Avis défavorable.

L'amendement est retiré.

Amendements identiques AS592 de M. Thibault Bazin et AS485 de Mme Annie Vidal

M. le rapporteur général. Mme Vidal et moi-même proposons de rétablir les dispositions de l'article 21 *bis* relatives aux maisons France santé. La procédure de labellisation annoncée peut avoir un impact positif dans les territoires ; elle apportera de nouveaux financements dont il serait dommage de vouloir se priver.

J'ai tout de même quelques réserves s'agissant des annonces faites à ce sujet. Je serai très attentif aux critères fixés pour la labellisation, qui doit profiter aux territoires et aux acteurs qui en ont le plus besoin. Par ailleurs, je ne souhaite pas revenir sur la suppression, par le Sénat, des dispositions relatives aux communautés France santé, auxquelles il convient de continuer de donner le nom de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS). Ces structures ont eu suffisamment de mal à trouver leur place pour que nous évitions de tout chambouler.

Mme Annie Vidal (EPR). Je partage avec M. le rapporteur général la volonté de garder le nom des CPTS. Cela ne les empêchera pas de participer au réseau France santé.

La commission adopte les amendements.

Amendements AS593 et M. Thibault Bazin et AS541 de Mme Annie Vidal (discussion commune)

M. le rapporteur général. Mon amendement vise à rétablir les dispositions renvoyant à des négociations conventionnelles avec les maisons et centres de santé la détermination des modalités de participation de ces structures au réseau France santé. De la même façon, il supprime une disposition qui permet au ministre de prendre une décision unilatérale en l'absence d'accord trouvé par les partenaires conventionnels dans un délai de deux mois – une disposition qui tend à devenir habituelle dans les textes que nous présente le Gouvernement. Nos échanges avec la fédération des CPTS ont montré qu'il fallait éviter d'utiliser ce type de méthode, surtout si l'on veut préserver la qualité du dialogue conventionnel.

La seule différence entre mon amendement et celui de Mme Vidal est que le mien intègre les CPTS dans les négociations. Autant je ne veux pas les transformer en communautés France santé, autant je trouve utile de les associer aux discussions sur le déploiement du réseau, car elles auront évidemment un rôle à jouer. J'invite donc Mme Vidal à retirer son amendement au profit du mien.

Mme Annie Vidal. Je vais retirer mon amendement.

M. Hendrik Davi (EcoS). Pour une fois le groupe Écologiste et Social s'appuiera sur le jugement des sénateurs, lesquels ont estimé qu'un processus de labellisation de l'existant ne permettait pas d'améliorer l'offre de soins dans les territoires. Ils ont également jugé que l'absence de définition de l'offre de services socle créait une incertitude et risquait d'engendrer une concurrence entre les acteurs éligibles au label, et que la suppression de cette disposition n'empêchait pas le Gouvernement de maintenir son engagement financier en faveur de l'amélioration de l'offre de soins dans les territoires en soutenant les structures

existantes – notamment les centres de santé publique et les centres de santé associatifs, qui disposent déjà de financements récurrents. Nous voterons contre l'introduction du réseau France santé.

*La commission **adopte** l'amendement AS593, l'amendement AS541 ayant été **retiré**.*

*Puis elle **adopte** l'article 21 bis **modifié**.*

Article 21 ter : *Création d'une consultation longue pour les femmes sujettes à la ménopause*

*La commission **adopte** l'article 21 ter **non modifié**.*

Article 21 quater : *Supprimer le contrat de début d'exercice*

Amendements AS139 de Mme Sandrine Runel et AS594 de M. Thibault Bazin (discussion commune)

M. Jérôme Guedj (SOC). L'amendement AS139 vise à soutenir la démarche du député Jean-François Rousset et à avancer l'entrée en vigueur de la suppression du contrat de début d'exercice.

M. le rapporteur général. L'amendement AS594 est à l'opposé du précédent, auquel je suis défavorable. Parmi tous les dispositifs d'aide qui existent, le contrat de début d'exercice est le seul qui bénéficie aux médecins remplaçants. La Cnam m'a indiqué ne pas avoir de dispositif alternatif. Je vous propose donc de différer son abrogation dans l'attente de la future convention médicale et d'un nouveau dispositif, plus efficace et plus pertinent, pour soutenir les médecins remplaçants, dont nous avons cruellement besoin. Cela permettra d'éviter toute rupture pour les quelques centaines de médecins qui en bénéficient actuellement.

*Successivement, la commission **rejette** l'amendement AS139 et **adopte** l'amendement AS594.*

*Puis elle **adopte** l'article 21 quater **modifié**.*

Article 21 quinquies : *Prise en charge de parcours de guidance parentale*

*La commission **adopte** l'article 21 quinquies **non modifié**.*

Article 21 sexies : *Élargissement du pouvoir de prescription des orthoprothésistes, podo-orthésistes et orthopédistes-orthésistes*

*La commission **adopte** l'article 21 sexies **non modifié**.*

Article 21 septies A (nouveau) : *Consultation des ergothérapeutes sur adressage dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle*

Amendement AS595 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. L'article 21 septies A permet un adressage direct aux ergothérapeutes dans le cadre d'une prise en charge pluriprofessionnelle, ce qui permettra

d'améliorer l'accès aux ergothérapeutes pour les patients – notamment ceux en situation de handicap. En conséquence, l'article supprime le droit de renouvellement des prescriptions médicales d'actes d'ergothérapie actuellement prévu par le code, considérant que les patients pourront accéder directement à l'ergothérapeute. Cette interprétation est toutefois un peu extensive : il est nécessaire de conserver le droit de renouvellement dont les ergothérapeutes disposent déjà, ce qui est l'objet de cet amendement.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 21 septies A **modifié**.*

Article 21 septies : *Mise en place d'une autorisation préalable pour la pratique de la médecine esthétique*

*La commission **adopte** l'article 21 septies **non modifié**.*

Article 21 octies : *Permettre la délégation de tâches encadrée aux auxiliaires médicaux du service de contrôle de la Mutualité sociale agricole*

*La commission **adopte** l'article 21 octies **non modifié**.*

Article 21 nonies : *Prolonger le délai de remise du rapport sur les infirmiers et le compléter*

Amendement AS167 de M. Hadrien Clouet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Cet amendement vise à évaluer l'opportunité d'une indexation automatique des actes infirmiers, qui méritent d'être revalorisés à hauteur de l'inflation.

M. le rapporteur général. Le rapport prévu porte déjà sur la revalorisation des actes infirmiers. Je considère donc que votre demande est satisfaite et vous invite à retirer votre amendement ; à défaut, avis défavorable.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Une négociation sur la déclinaison des missions et des actes est déjà prévue par la loi : ces actes doivent être valorisés, pour être ensuite systématiquement intégrés aux conventions, tous les deux ou trois ans. Il ne me semble pas utile de réécrire la loi.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 21 nonies **modifié**.*

Article 21 decies : *Expérimentation d'une équipe de soins traitante*

*La commission **maintient** la suppression de l'article 21 decies.*

Article 22 : *Simplifier et sécuriser le financement des établissements de santé*

*La commission **adopte** l'article 22 **non modifié**.*

Article 22 bis A (nouveau) : *Application provisoire des tarifs hospitaliers de l'année précédente en cas de retard dans la publication des nouveaux tarifs*

Amendement de suppression AS596 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. L'article 22 *bis* A part d'une bonne intention puisqu'il vise à proposer une solution aux établissements mis en difficulté par la publication tardive des tarifs hospitaliers annuels, souvent plusieurs semaines après la date à laquelle ils sont censés prendre effet.

Le Gouvernement m'a cependant alerté sur le fait qu'il serait bien trop complexe, pour les établissements, de procéder à des régularisations de la facturation *a posteriori* si l'on continue à facturer en fonction des anciens tarifs. Il a par ailleurs pris l'engagement en séance, au Sénat, d'une publication plus précoce des tarifs à compter de 2026.

Enfin, dans sa rédaction actuelle, l'article 22 *bis* A ne prend pas en compte le nouveau calendrier prévu pour les campagnes tarifaires hospitalières à compter de 2026 : les nouveaux tarifs devraient être applicables au 1^{er} janvier, et non au 1^{er} mars.

Je vous demande donc de supprimer l'article 22 *bis* A, qui serait une source de problèmes plutôt qu'une aide pour les établissements.

La commission adopte l'amendement.

En conséquence, l'article 22 bis A est supprimé.

Article 22 bis : *Interdire la double facturation des actes de radiothérapie effectués dans le cadre d'une activité libérale à l'hôpital*

Amendement AS64 de M. Damien Maudet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Cet amendement de rétablissement permettra de réaliser des économies.

M. le rapporteur général. Soyons cohérents : ce sont les hôpitaux qui paieront le prix qui résultera du rétablissement de cet article, non les spécialistes, qui peuvent exercer où ils veulent. Pour mémoire, l'article 22 *bis* vise à interdire la facturation de séjours hospitaliers pour l'activité de traitement du cancer par radiothérapie, dès lors que celle-ci est effectuée dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien hospitalier.

Je l'ai dit en première lecture, des clarifications sont à l'évidence nécessaires sur l'activité libérale des praticiens hospitaliers. On ne peut pas remettre en question le modèle de facturation actuel du jour au lendemain sans déstabiliser les hôpitaux, dont nous déplorons tous les difficultés budgétaires, dans un contexte d'Ondam sous-évalué.

Pour ne pas porter préjudice aux hôpitaux, je vous invite à retirer votre amendement ; sinon, avis défavorable.

L'amendement est adopté.

En conséquence, l'article 22 bis est ainsi rétabli.

Article 22 ter : *Éviter la double facturation des actes effectués dans le cadre d'une activité libérale à l'hôpital*

Amendements identiques AS61 de Mme Ségolène Amiot et AS486 de Mme Annie Vidal

Mme Annie Vidal (EPR). Mon amendement vise à supprimer la double facturation, qui pose problème. En effet, un praticien hospitalier exerçant une activité libérale facture ses honoraires directement à l'assurance maladie, comme tout médecin libéral. Parallèlement, l'établissement hospitalier facture un séjour dont le tarif inclut déjà la rémunération du personnel médical. Il est ainsi possible de réaliser 300 millions d'euros d'économies.

M. le rapporteur général. Le raisonnement est le même que pour l'article précédent. L'article 22 *ter* vise à empêcher le phénomène de double facturation du praticien hospitalier par l'assurance maladie lorsqu'il pratique une activité libérale au sein de l'hôpital. J'ai déjà expliqué les raisons pour lesquelles je m'oppose au rétablissement de cet article.

Avis défavorable.

*Les amendements sont **adoptés**.*

*En conséquence, l'article 22 *ter* est **ainsi rétabli**.*

Article 23 : *Reporter le financement de la protection sociale complémentaire pour les agents de la fonction publique hospitalière*

Amendements de suppression AS55 de Mme Sandrine Rousseau, AS169 de Mme Élise Leboucher et AS340 M. Christophe Bentz

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement AS169 est défendu.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** les amendements.*

Amendement AS347 de M. Damien Maudet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS345 de Mme Karine Lebon

M. Yannick Monnet (GDR). L'amendement est défendu.

M. le rapporteur général. L'enjeu de la compensation du coût de la protection sociale complémentaire aux hôpitaux est essentiel. Cet amendement vise à compléter l'article 23 par un ajout – « en complément des négociations nécessaires à la mise en œuvre d'une complémentaire santé adaptée au besoin de la fonction publique hospitalière, afin de permettre une compensation intégrale du déploiement de cette mesure » – tout à fait pertinent.

Avis favorable.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 23 **modifié**.*

Article 24 : *Lutter contre les rentes dans le système de santé*

Amendements identiques AS50 de M. Hadrien Clouet et AS143 de Mme Sandrine Runel

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement AS50 vise à rétablir le pouvoir de baisse des tarifs de l'assurance maladie concernant les secteurs de l'offre de soins à forte rente, pour les équipements matériels lourds.

Mme Martine Froger (SOC). L'amendement AS143 vise à rétablir la capacité de l'assurance maladie à fixer les tarifs des équipements matériels lourds.

M. le rapporteur général. Ces amendements présentent un problème de méthode : le rabot uniforme ne discrimine pas, mais affecte tout le monde – les petits cabinets en zone rurale, avec une rentabilité de 2 %, les hôpitaux, les groupements de coopération sanitaire, les groupements d'intérêt économique constitués entre la ville et l'hôpital, pour maintenir une offre de soins dans les territoires peu attractifs.

Avis défavorable.

La commission adopte les amendements.

Amendements AS146 de Mme Sandrine Runel, AS253 de M. Hadrien Clouet et AS248 de Mme Sandrine Rousseau (discussion commune)

M. Jérôme Guedj (SOC). L'amendement AS146 est défendu.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Dans le même ordre d'idées, l'amendement AS253 cible la rentabilité excessive, pour que certains arrêtent de s'enrichir sur le dos de la sécurité sociale et des cotisants.

Suivant l'avis du rapporteur général, la commission rejette successivement les amendements.

Amendements identiques AS256 de Mme Sandrine Runel et AS257 de Mme Sandrine Rousseau

M. Jérôme Guedj (SOC). L'amendement AS256 vise à faire des économies, en encadrant mieux l'Ondam des soins de ville.

M. le rapporteur général. Des économies faites avec intelligence et discernement sont effectivement bienvenues, comme la suppression de la prise en charge d'actes redondants ou inutiles. Cependant je ne suis pas favorable à une baisse de tarifs uniforme, y compris pour des acteurs dont la rentabilité est très faible, voire inexistante. La méthode n'est pas la bonne : il faut prendre en considération tous les acteurs, dans leur diversité.

Ces amendements me semblent toutefois essentiellement rédactionnels. Vous voulez préciser que les modalités de détermination du niveau de rentabilité établies valent « pour l'application du présent article ». Je n'ai rien contre cette précision, même si je ne suis pas sûr qu'elle corresponde à votre intention initiale. Cela résulte sans doute de la scission de l'un de vos amendements, qui touchait plusieurs alinéas.

Quoi qu'il en soit je vais donc peut-être vous surprendre : avis favorable.

*La commission **adopte** les amendements.*

*Puis, suivant l'avis du rapporteur général, elle **rejette** l'amendement AS258 de Mme Sandrine Rousseau.*

Amendement AS254 de M. Hadrien Clouet

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Cet amendement vise à rétablir la capacité de l'assurance maladie à baisser les tarifs manifestement trop élevés. Ceux-ci résultent de situations de monopole ou de rente. Lorsque seuls un ou deux acteurs sont en capacité de rendre un service ou d'effectuer une prestation sur un territoire ils augmentent les prix, creusant un écart anormal entre le coût de production et le tarif de l'acte. L'assurance maladie doit pouvoir baisser les tarifs de manière discrétionnaire et publique, dans des secteurs tels que la radiothérapie, dont le taux de profit est de 27 % – très au-dessus de la moyenne des autres secteurs –, la biologie – 24 % –, la médecine nucléaire – 17 %.

M. le rapporteur général. La prise en compte de la spécificité des territoires est une bonne chose : si la financiarisation a joué à plein chez certains acteurs, d'autres peinent à trouver un équilibre économique. Votre propos ne correspond pas à l'amendement que j'ai sous les yeux, dont les objectifs – la prise en compte du droit à la protection de la santé et la garantie de l'égal accès aux soins de chaque personne – sont louables. L'enjeu est cependant de tenir compte des spécificités des territoires de santé.

Demande de retrait ; sinon, avis défavorable.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Le sujet est de savoir comment évaluer la rentabilité des acteurs de santé. Aux termes du code de la santé publique, cette évaluation se fait en fonction des spécificités des territoires de santé. L'amendement, lui, vise à ce qu'elle se fasse en fonction de l'objectif de garantie d'un « égal accès de chaque personne aux soins », notion qui intègre aussi les territoires.

M. le rapporteur général. Nous parlons de deux choses différentes. Je vous invite à retirer votre amendement pour que nous en débattions en séance.

*L'amendement est **retiré**.*

Amendements identiques AS59 de Mme Élise Leboucher et AS413 de M. Hendrik Davi

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). L'amendement AS59 est défendu.

M. Hendrik Davi (EcoS). Mon amendement vise à annuler le report de l'application de l'article 24 proposé par le Sénat. Les rentes sur la dialyse et la radiothérapie sont déjà réalisées aux dépens du financement de notre système de santé. Les évolutions tarifaires sont néanmoins négociées de manière dynamique, pour éviter des distorsions tarifaires redoutées par le Sénat. Les délais prévus par le Gouvernement, avec de premières mesures dès 2026, sont donc réalistes et tenables. Il n'y a aucune raison de les reporter.

M. le rapporteur général. Je souhaite avancer très vite sur la réforme du financement de la radiothérapie, tout comme le Gouvernement. Cette mesure avait été votée et devait entrer en vigueur le 1^{er} octobre 2025. Les auditions préparatoires ont cependant montré qu'il fallait reporter, en raison d'une préparation insuffisante d'acteurs tels que la Fédération

hospitalière de France. L'application à blanc du nouveau modèle, au premier semestre, a montré sa difficulté à retranscrire l'activité des établissements. Si nous allons trop vite, cela risque de se retourner contre l'intérêt des établissements.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** les amendements.*

Amendements AS542 de M. Hendrik Davi et AS616 de M. Thibault Bazin, amendements identiques AS67 de Mme Sandrine Rousseau et AS260 de Mme Élise Leboucher (discussion commune)

M. le rapporteur général. L'amendement AS616 vise à rétablir un objectif de 100 millions d'euros d'économies sur la radiothérapie, au regard des niveaux de rémunération très importants observés dans ce secteur. Il reviendra aux professionnels eux-mêmes de déterminer comment y parvenir.

Mme Sandrine Rousseau. L'amendement AS67 vise à ce que le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie engage des négociations conventionnelles dans un délai d'un mois à compter de la promulgation de la loi.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). L'amendement AS260 vise à revenir sur le report de l'entrée en vigueur de la réforme de la tarification des activités de radiothérapie et de dialyse. L'économie attendue s'élève à 100 millions d'euros, soit une légère réduction du taux de profit dans le secteur, comprise entre 1,5 et 2 points. Cela est profitable aux usagers – qui éviteraient d'être baladés d'un acteur à un autre –, à l'hôpital public – qui n'a pas à subir de concurrence déloyale sur sa tarification –, aux professions libérales – en atténuant la pression de la financiarisation générée par les taux de profit – et à la sécurité sociale – qui pourrait redéployer un montant important de cotisations pour l'ensemble des besoins non satisfaits.

M. le rapporteur général. Je vous invite à retirer vos amendements au profit du mien. Certaines des dispositions que les amendements AS67 et AS260 visent à rétablir sont imprécises et source d'incertitude sur le plan juridique. Surtout, elles font référence à la dialyse, qui n'est pas mise en œuvre par les néphrologues mais par les établissements de santé. L'adoption de ces amendements serait source de difficultés et de confusion pour les néphrologues.

*Successivement, la commission **rejette** l'amendement AS542 et **adopte** l'amendement AS616.*

*En conséquence, les amendements AS67 et AS260 **tombent**.*

*La commission **adopte** l'article 24 **modifié**.*

Article 24 bis : Réduction d'autorité du tarif des actes et prestations dégageant une rentabilité supérieure à un seuil

Amendements identiques AS147 de Mme Sandrine Runel et AS373 de Mme Karine Lebon.

M. Jérôme Guedj (SOC). L'amendement AS147 est défendu.

M. Yannick Monnet (GDR). L'amendement AS373 est défendu.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** les amendements.*

*Elle **maintient** la suppression de l'article 24 bis.*

Article 25 : *Mieux réguler les dépenses dans le secteur des soins dentaires*

Amendements identiques AS150 de Mme Sandrine Runel et AS220 de Mme Ségolène Amiot, amendement AS352 de Mme Karine Lebon (discussion commune)

M. Jérôme Guedj (SOC). L'amendement AS150 vise à rétablir l'article 25, qui prévoit l'extension des accords de maîtrise des dépenses aux soins dentaires.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). L'amendement AS220 vise à étendre aux soins dentaires le champ d'application de la dernière loi de financement de la sécurité sociale et à fixer un cadre légal aux différents protocoles sectoriels de maîtrise des dépenses d'assurance maladie. L'objectif est d'obtenir des accords à l'échelon national entre praticiens et assurance maladie ; les négociations doivent être précédées d'une bonne information des organisations représentatives des professionnels de santé. Bref, on baisse les prix.

M. Yannick Monnet (GDR). L'amendement AS352 est défendu.

M. le rapporteur général. Les auditions préparatoires m'ont surpris car le directeur général de la Cnam, à qui cet article donne tout pouvoir, a déclaré n'avoir pas demandé cet article, qui ne lui est pas nécessaire et qu'il n'utilisera donc pas. Ainsi, la Cnam est parvenue à conclure un protocole d'accord avec les chirurgiens-dentistes : il a permis de remettre l'accent sur la prévention et sur les soins conservateurs, dans un contexte où les dépenses de soins prothétiques avaient beaucoup augmenté. Depuis la conclusion de cet accord, les dépenses de prothèses ont nettement ralenti. De plus, la Cnam, par le levier du déconventionnement, parvient à écarter des acteurs dont les pratiques ne sont pas déontologiques. Je vous demande donc de confirmer la suppression de l'article 25, dont je ne vois pas l'intérêt.

Je suis défavorable à ces amendements.

M. Hendrik Davi (EcoS). Je soutiens ces amendements. Vous avez refusé d'instaurer de nouvelles recettes en augmentant la taxation des revenus du capital et les cotisations sociales des grandes entreprises. Vous refusez maintenant de diminuer les dépenses en vous attaquant aux profits des multinationales du médicament. Vous refusez de vous attaquer aux profits et aux rentes des secteurs de la dialyse, de la radiologie et dans les cabinets dentaires. En fin de compte, ce sont les malades et les retraités qui paieront.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Je souscris à ces propos. Cet outil, qui n'est peut-être pas le seul, pourrait devenir nécessaire même s'il ne l'est pas encore. Quant à l'actuel directeur général de la Cnam, il a beau déclarer qu'il ne l'utiliserait pas, il fera ce qu'on lui dit de faire. Au reste, les responsables changent : imaginez un grand mouvement révolutionnaire qui vous porte à la tête de la Cnam, monsieur le rapporteur général ; vous serez peut-être bien content de disposer d'un tel instrument si les prix augmentent.

Nous devons nous doter des outils nécessaires pour appliquer les politiques publiques voulues par les Françaises et les Français. Celui-ci pourrait se révéler utile s'ils décidaient d'adopter une politique un peu plus ferme sur le sujet qui nous occupe. Mieux vaut l'avoir,

quitte à ne pas l'utiliser pour le moment. Qui sait si nous n'en aurons pas besoin dans les années à venir ?

M. le rapporteur général. Si votre rêve le plus fou est que je devienne révolutionnaire, monsieur Clouet, vous allez être déçu !

Monsieur Davi, je ne partage pas votre lecture de la situation. Vous ne pouvez pas dire que nous avons refusé de trouver de nouvelles recettes : la commission a rétabli la contribution sociale généralisée sur les revenus du patrimoine, qui devrait rapporter 2,8 milliards d'euros – j'y étais d'ailleurs opposé. Contrairement à ce que vous dites, ce ne sont pas les patients qui paieront, puisque nous avons également maintenu la suppression de l'article 18, qui visait à étendre les participations forfaitaires et franchises, notamment pour les dispositifs médicaux et les transports.

Le texte n'est plus le « musée des horreurs », ni le « hold-up du siècle » que certains décrivaient : on peut toujours dramatiser, mais un certain nombre d'irritants ont été supprimés, de manière très consensuelle, quitte à détériorer le déficit prévisionnel. Des recettes ont été créées, même si ce n'est pas celles que je souhaitais. Quant aux dépenses, tout ce que nous avons adopté depuis ce matin, et plus encore depuis l'article 18, me semble plutôt protéger les patients et les assurés sociaux – tâchons de continuer.

*L'amendement AS352 est **retiré**.*

*La commission **rejette** les amendements AS150 et AS220.*

*Elle **maintient** la suppression de l'article 25.*

Article 25 bis : *Prévoir une régulation prix-volume de l'ophtalmologie et des soins dentaires*

*La commission **maintient** la suppression de l'article 25 bis.*

Article 26 : *Renforcer les incitations au conventionnement des professionnels de santé et à la maîtrise des dépassements d'honoraires*

Amendements AS153 de Mme Sandrine Runel, AS85 et AS84 de Mme Sandrine Rousseau (discussion commune)

Mme Martine Froger (SOC). L'amendement AS153 vise à rétablir l'article 26, qui tend à renforcer le contrôle et l'encadrement des dépassements d'honoraires pratiqués par certains professionnels de santé.

M. le rapporteur général. Je serai bref, car nous avons déjà longuement débattu de ce sujet en séance.

Le dispositif proposé par le Gouvernement me semble contre-productif ; peut-être pris de doutes sur sa propre proposition, celui-ci n'a d'ailleurs pas cherché à réintroduire, au Sénat, cet article qui ne prévoit aucune distinction, ni entre les spécialités, ni entre les professionnels : ceux qui jouent le jeu de la permanence des soins et adhèrent aux tarifs maîtrisés seraient aussi pénalisés que ceux qui ne sont pas conventionnés. Il n'y a pas mieux pour inciter au déconventionnement.

Je vous invite à retirer ces amendements ; à défaut, avis défavorable.

*La commission **rejette** successivement les amendements.*

*Elle **maintient** la suppression de l'article 26.*

Article 26 bis : *Mettre fin au remboursement des produits de santé, actes et prestations prescrits par un médecin non conventionné*

Amendements identiques AS356 de M. Yannick Monnet et AS433 de M. Jean-François Rousset

M. Yannick Monnet (GDR). Ces amendements traduisent l'une des conclusions du rapport sur les dépassements d'honoraires que j'ai rédigé avec Jean-François Rousset. Le principe est simple : un médecin qui choisit de pratiquer en secteur 3 ne doit plus pouvoir faire bénéficier ses patients des remboursements de la sécurité sociale sur les actes et prestations qu'il leur prescrit. Les dépassements d'honoraires se sont élevés à près de 4,5 milliards d'euros en 2024. Pour éviter que les médecins ne fuient vers le secteur 3, les remboursements de la sécurité sociale doivent s'inscrire dans le cadre d'un contrat Option de pratique tarifaire maîtrisée, c'est-à-dire se limiter aux dépassements autorisés pour le secteur 2. Nous ne proposons pas de supprimer le secteur 3, car certains professionnels nous demandent de maintenir la liberté tarifaire, mais il ne nous semble pas acceptable que certains puissent à la fois mobiliser les moyens de la sécurité sociale et choisir librement leurs tarifs. On ne peut pas puiser dans les fonds de la « sécu » si on en refuse les règles.

M. Michel Lauzzana (EPR). Je défends l'amendement AS433.

Cet article ne risque-t-il pas d'être censuré au motif d'une rupture d'égalité ?

M. le rapporteur général. La question de la constitutionnalité concerne tous les articles. Lorsqu'il existe un risque bien identifié sur un sujet, je le mentionne ; ce n'est pas le cas ici.

Un peu moins de 1 000 médecins pratiquent en secteur 3 et ne jouent donc pas le jeu du conventionnement. Alors que nous cherchons à mieux maîtriser les dépenses de santé et que nous renforçons les contraintes sur les professionnels conventionnés, ne prenons pas le risque de les inciter à exercer en secteur 3.

Je rappelle que cet article, introduit par voie d'amendement, est directement issu de votre rapport – je n'y avais apporté qu'une correction mineure, par la voie d'un sous-amendement visant à exclure du dispositif les médecins à la retraite qui rédigeaient une prescription pour eux-mêmes ou leurs proches.

Reste le cas des patients dont le professionnel de santé exerce en secteur 3, et qui n'ont pas d'autre solution – comme vous, j'ai été interpellé sur le sujet. Il faut faciliter et accélérer le reconventionnement rapide des médecins – à l'exception, bien sûr, de ceux qui auraient été déconventionnés pour des raisons déontologiques. Or la convention médicale prévoit un délai de deux ans, qui me semble préjudiciable. J'ai tenté de le modifier en première lecture, mais l'amendement que j'ai déposé a été déclaré irrecevable au titre de l'article 40. Il faut absolument que le Gouvernement et la Cnam avancent sur ce sujet – nous y insisterons en séance. Cet article doit être accompagné d'autres mesures pour ne pas pénaliser les patients, qui sont un peu pris en otage.

Sagesse, donc.

M. Yannick Monnet (GDR). Je sens que ce sujet est source de crispation. Certains écrivent des courriels sans avoir lu le rapport – c’est un problème –, mais des médecins nous disent aussi qu’il faut clarifier la situation.

Si certains patients n’ont pas accès à un médecin conventionné et six Français sur dix renoncent à se soigner aujourd’hui, c’est parce qu’on a toujours privilégié une organisation libérale, où chacun fait ce qu’il veut. Faute de fixer des conditions comme celles que je propose, cette dynamique va progresser. L’objectif n’est pas d’embêter ceux qui ont choisi d’exercer en secteur 3 – je ne m’inquiète pas pour eux –, mais d’éviter la fuite vers un secteur où il serait toujours possible de mobiliser la sécurité sociale. Il ne s’agit pas d’une mesure isolée : cette proposition s’inscrit dans un ensemble.

*La commission **adopte** les amendements.*

*En conséquence, l’article 26 bis est **ainsi rétabli**.*

Article 26 ter : *Prévoir une procédure assouplie et accélérée de révision de la nomenclature*

Amendements identiques AS620 de M. Thibault Bazin et AS434 de M. Jean-François Rousset

M. le rapporteur général. Mon amendement vise à rétablir l’article 26 *ter*, qui prévoit notamment une révision régulière des nomenclatures. Considérant que les travaux de révision du Haut Conseil des nomenclatures étaient sur le point d’aboutir, le Gouvernement s’est montré favorable à la suppression de l’article au Sénat. Mais à peine aura-t-il fini qu’il sera déjà temps de recommencer.

Pour éviter que des distorsions perdurent, il faut une procédure dérogatoire et plus agile en cas de décalage manifeste entre la hiérarchisation d’un acte et son coût – ou sa valeur ajoutée réelle – pour le patient. Aucun des arguments avancés ne m’a permis de comprendre en quoi c’était une mauvaise idée. Je vous propose donc d’insister et de rétablir cet article.

M. Michel Lauzzana (EPR). Je défends l’amendement AS434. Il est effectivement absolument nécessaire de rétablir une procédure de révision régulière de la classification commune des actes médicaux.

*La commission **adopte** les amendements.*

*En conséquence, l’article 26 ter est **ainsi rétabli**.*

Article 26 quater : *Permettre à l’assurance maladie de déterminer le tarif d’un acte ou d’une prestation nouvellement hiérarchisée lorsque la négociation n’a pas abouti dans les six mois*

Amendements identiques AS353 de M. Yannick Monnet et AS435 de M. Jean-François Rousset

M. Michel Lauzzana (EPR). Par l'amendement AS435, il s'agit, là encore, de prévoir la révision des nomenclatures et des financements qui en découlent, certains justifiant les dépassements d'honoraires en secteur 2 par l'absence de mise à jour de la classification.

M. le rapporteur général. Ces amendements sont satisfaits par le rétablissement de l'article 26 *ter*. Je vous demande donc de bien vouloir les retirer ; à défaut, avis défavorable.

M. Yannick Monnet (GDR). Réviser la nomenclature est indispensable, car certains tarifs sont absurdes : il arrive que des actes coûteux soient très peu rémunérés. J'ai tendance à considérer que la majorité des médecins sont des praticiens honnêtes et soucieux de soigner les patients : ils seraient beaucoup moins nombreux à demander des dépassements d'honoraires si la classification commune des actes médicaux était régulièrement révisée – c'est d'ailleurs l'absence de révision qui a conduit à l'émergence du secteur 2 et des dépassements d'honoraires.

M. le rapporteur général. Tel qu'il a été rétabli, l'article 26 *ter* prévoit à la fois une procédure accélérée de révision et une négociation annuelle des tarifs. Cela me semble satisfaire l'article 26 *quater*, qui dispose que le ministre peut fixer par voie réglementaire le niveau de prise en charge des actes si la révision tarifaire n'a pas été traduite dans la convention médicale dans un délai de six mois.

M. Michel Lauzzana (EPR). Pas tout à fait : l'article 26 *ter* prévoit une révision régulière des actes, tandis que l'article 26 *quater* impose d'aboutir dans les six mois, car cette révision traîne depuis un moment. Il s'agit de répondre à l'urgence.

M. le rapporteur général. L'article 26 *ter*, tel que nous venons de rétablir, dispose : « 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 aux prestations ayant fait l'objet d'une nouvelle hiérarchisation au cours de l'année. »

La commission adopte les amendements.

En conséquence, l'article 26 quater est ainsi rétabli.

Article 27 : Favoriser l'efficience, la pertinence et la qualité des activités des établissements de santé

Amendements de suppression AS370 de M. Yannick Monnet, AS414 de M. Hendrik Davi et AS500 de M. Damien Maudet

M. Hendrik Davi (EcoS). Le nouveau mécanisme d'incitation à l'efficience prévu par l'article 27 revient à utiliser des moyens financiers pour inciter les établissements de santé à réduire les actes et prescriptions, au risque de glisser vers une logique de rationnement.

En liant le financement des établissements à des indicateurs d'efficience et de volume l'article porte atteinte à l'autonomie des soignants, notamment de leurs décisions, ce qui me semble absolument néfaste. Ce mécanisme crée un cercle vicieux : les moyens des établissements déjà performants augmenteront, tandis que ceux qui sont en difficulté subiront une minoration budgétaire – c'est la double peine.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement AS500 est défendu.

M. le rapporteur général. Les différentes fédérations voient pourtant d'un très bon œil cette démarche positive et susceptible d'apporter des moyens complémentaires aux hôpitaux. J'espère qu'elles ne représentent pas que les bien portants.

Avis défavorable.

M. Hendrik Davi (EcoS). Ce n'est pas surprenant : une partie des directeurs d'hôpital ont été formés au *new public management* dans des écoles où on leur explique que c'est la seule méthode qui fonctionne. Si les directions approuvent le projet, les salariés, qui en subiront directement les conséquences et font déjà face à la mise en concurrence des services depuis des années, y sont opposés.

M. Michel Lauzzana (EPR). Tout le monde doit faire des efforts, hôpitaux compris. « Efficience » n'est ni un gros mot, ni un coup de bâton : c'est un objectif pour les aider à progresser.

M. le rapporteur général. Je pense qu'il y a une confusion : cet article ne va pas créer une Ligue des champions de la qualité, où seuls les vingt-quatre meilleurs pourraient continuer. Les établissements seront évalués par rapport à eux-mêmes et non comparés aux autres.

*La commission **rejette** les amendements.*

Amendement AS372 de Mme Karine Lebon

M. Yannick Monnet (GDR). En défendant cet amendement, je rebondis sur la discussion précédente. Tant que nous ne ferons pas la peau à la tarification à l'acte, les difficultés de financement des hôpitaux perdureront. Mais ça, personne ne veut s'y attaquer – et encore moins avec cet article.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS228 de M. Hadrien Clouet

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). La France insoumise ne se retrouve pas dans la logique générale de l'article, qui repose sur la sanction des établissements qui ne respecteraient pas les injonctions, ou du moins les recommandations, formulées en matière de volumes d'actes ou de prescription.

Le pilotage des soins est légitime, mais pourquoi ne pas choisir une méthode saine, qui valorise les établissements suivant les recommandations, plutôt que de sanctionner ceux qui ne le font pas ? En réalité, il y a une intention cachée : contrôler les dépenses, comme on dit pudiquement – autrement dit, diminuer les droits des patients. Priver de moyens les usagers et les salariés au motif que tel ou tel acte n'est pas réalisé comme il faut ne me semble pas très cohérent.

M. le rapporteur général. Vos alertes sont parfois légitimes mais, en l'espèce, nous ne sommes pas du tout dans la logique mathématique de la tarification à l'acte : c'est un dispositif d'intéressement, qui s'inscrit dans une logique de qualité et de pertinence des soins. On n'enlève rien à personne, au contraire : c'est un petit plus pour les établissements qui s'engagent dans une démarche vertueuse de responsabilisation.

Monsieur Davi, je pense que vous faisiez référence à l'École des hautes études en santé publique de Rennes. Je connais plusieurs personnes qui en sont diplômées : elles ne correspondent pas au portrait que vous en dressez : elles sont profondément humaines, très attachées au projet d'établissement et à l'éthique. Personnellement, je salue la qualité de nos directeurs d'hôpital, qui portent ce service avec beaucoup de passion.

M. Hendrik Davi (EcoS). L'un des indicateurs les plus utilisés dans les hôpitaux est la durée moyenne de séjour (DMS). L'ensemble des hospitaliers sont soumis à une très forte pression pour diminuer cette durée, afin de libérer des lits qui seront ensuite supprimés. *In fine*, les médecins sont chargés de faire sortir les patients en ambulatoire ou de les envoyer ailleurs – n'importe où, pourvu qu'ils ne soient plus à l'hôpital. Sauf que certains y reviennent quelques jours plus tard en raison de complications, parfois extrêmement graves. Demandez à n'importe quel médecin hospitalier de Marseille, il vous dira que la DMS est une horreur.

Le système proposé conduira à donner de l'argent aux hôpitaux qui sont efficaces au regard de ce type d'indicateurs, c'est-à-dire ceux qui virent les gens et les renvoient chez eux avec un suivi infirmier – encore faut-il qu'il y ait des infirmières pour les visites : dans les déserts médicaux, ce n'est pas gagné, mon collègue Peytavie en sait quelque chose.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Je vous écoute toujours avec attention, monsieur le rapporteur général, car le débat de fond est souvent très intéressant. Mais, cette fois, j'ai l'impression que nous ne parlons pas du même texte. Vous dites que ce n'est pas une question de volume d'actes, qu'on n'enlève rien à personne ; c'est pourtant ce qui est écrit noir sur blanc au quatorzième alinéa : « Au terme de cette période, si l'établissement réalise toujours un volume d'actes, de prescriptions ou de prestations supérieur à l'objectif fixé ou si leur évolution n'est pas conforme à l'évolution attendue, le directeur général de l'agence régionale de santé peut [...] lui infliger la pénalité financière [...]. »

Il s'agit bien d'un pilotage de l'activité par la sanction. Comment un établissement qui peine à suivre les consignes pourrait-il aller mieux si on le sanctionne financièrement ? C'est incroyable. À mes yeux, c'est infliger une double peine aux soignants et aux usagers.

M. Michel Lauzzana (EPR). Certains ont une vision figée de la médecine. C'est pourtant un processus en perpétuelle évolution et amélioration – j'en veux pour preuve l'ambulatoire. Il ne s'agit pas seulement de libérer des lits : garder un patient trop longtemps à l'hôpital augmente le risque de phlébite, par exemple. Au reste, les techniques chirurgicales s'améliorent chaque jour. Il y a des blocs opératoires sous-utilisés, des pratiques à faire évoluer : il faut aider les hôpitaux à adopter de bonnes pratiques. Cet article est plutôt positif.

M. le président Frédéric Valletoux. Nous ne résoudrons pas ce soir ce problème dont nous avons déjà beaucoup débattu en première lecture, d'autant que, comme M. Monnet l'a souligné à juste titre, certains sujets qui concernent pleinement la gestion hospitalière ne figurent pas dans cet article.

Mme Annie Vidal (EPR). Cet article vise surtout à améliorer la pertinence de la prescription. En France, il y a entre 20 % et 40 % de surprescription, c'est-à-dire d'examens réalisés en double. Ne les réaliser qu'une seule fois ne remet pas en cause la qualité de la prise en charge du patient. Je pense notamment aux radios : lorsqu'elles ont été faites par le patient dans le privé mais ne figurent pas dans le dossier médical partagé (DMP), elles sont à nouveau réalisées à son arrivée aux urgences. Cela ne sert à rien. Certains praticiens sélectionnent aussi d'un trait de crayon l'ensemble des examens qu'il est possible de réaliser :

c'est très coûteux sans être forcément pertinent. Pour bien prendre en charge un patient, il faut surtout prescrire le bon acte, en s'appuyant sur les recommandations de la HAS.

M. Sébastien Peytavie (EcoS). Il est important de pouvoir s'appuyer aussi sur l'analyse clinique : c'est le rôle du médecin. Il ne faut pas imposer une réduction de la durée d'hospitalisation ou forcer la sortie des patients : on en connaît les conséquences. Il en va de même du volume des prescriptions ou des actes. Laisser du temps aux médecins améliorera le parcours de soins, permettant d'éviter des doublons.

M. le rapporteur général. Monsieur Clouet, l'objectif n'est pas de diminuer le volume des actes de manière générale, seulement ceux qui ne sont pas pertinents, dans une logique d'amélioration des pratiques. Je pense que c'est une idée autour de laquelle nous pouvons nous rejoindre. En outre, le dispositif s'inscrit dans le cadre d'un dialogue de gestion. Quant aux sanctions financières, nous en avons reporté l'entrée en vigueur. L'article a évolué par rapport au texte initial, il est moins mauvais qu'avant.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS617 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Les dispositifs de financement à la qualité se transforment fréquemment en usines à gaz très complexes – peu, je pense, me contrediront sur ce point – et incompréhensibles pour les soignants, qui doivent pourtant être parties de cette démarche qualitative. C'est le cas de l'incitation financière à l'amélioration de la qualité, dont la complexité est telle que les personnels se révèlent incapables d'évaluer l'impact de leur pratique sur le niveau de la dotation qui leur a été versée. Il me semble donc salutaire de réformer et simplifier cet outil.

Mais le législateur a une part de responsabilité : pour ne pas risquer de retomber dans les errements du passé, il doit se contenter d'inscrire dans la loi le principe d'un financement à la qualité, en résistant à la tentation d'y égrener des indicateurs ou des catégories d'indicateurs, sans quoi le dispositif perdrait inévitablement sa cohérence et son agilité.

Par cet amendement je propose donc de supprimer les alinéas introduits par le Sénat, qui tendaient à préciser des indicateurs et leur pondération. Pour que la démarche qualité ne soit plus uniquement l'affaire des directions *ad hoc* et que les soignants puissent se l'approprier, il faut leur faire confiance et leur laisser la main.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 27 **modifié**.*

Article 27 bis : *Supprimer la condition d'écart de coût significatif pour la mise en place d'un plafonnement des dépenses d'intérim pour une profession donnée*

Amendement AS157 de Mme Sandrine Runel

M. Jérôme Guedj (SOC). Nous avons déjà encadré l'intérim médical, notamment grâce à la « loi Rist » et aux mesures adoptées dans le cadre de la loi de financement pour 2025. Mais si celui-ci ouvre la possibilité de plafonner les dépenses d'intérim médical et paramédical par voie réglementaire – les socialistes y sont favorables –, c'est à la condition d'un surcoût « significatif » entre l'intérim et l'emploi permanent.

Supprimer cette condition permettrait à la fois de réaliser des économies – nous y reviendrons lorsque nous débattrons de l’Ondam –, et de dissuader davantage le recours à l’intérim, qui s’apparente parfois à du mercenariat dont les services deviennent captifs.

M. le rapporteur général. Votre proposition nécessiterait d’encadrer les dépenses d’intérim pour l’ensemble des professionnels des établissements sanitaires et médico-sociaux, y compris lorsqu’aucune dérive n’a été constatée. Cela risque d’être excessivement lourd, d’autant que la situation actuelle ne pose pas de problème et que le décret du 2 juillet 2025 a précisé la notion d’« écart significatif ».

Les plafonds de rémunération fixés dans l’arrêté du 5 septembre 2025 couvrent les professions pour lesquelles le recours à l’intérim est le plus problématique – les médecins, les dentistes, les pharmaciens, les infirmiers, les manipulateurs en radiologie, les préparateurs en pharmacie, les kinésithérapeutes et les sages-femmes. Il me semble préférable d’en rester là.

Avis défavorable.

M. Sébastien Peytavie (EcoS). Je tiens à vous alerter sur la situation des petits hôpitaux, comme celui de Sarlat, où certains services se retrouvent en déficit, non parce qu’il n’y aurait pas suffisamment de besoins, mais faute de réussir à recruter des professionnels pour réaliser les actes. Or M. Bayrou prévoyait de sanctionner les hôpitaux qui continueraient à proposer des augmentations pour attirer les professionnels et parvenir à recruter. Le système marche sur la tête.

La commission adopte l’amendement.

*En conséquence, l’article 27 bis est **ainsi rétabli**.*

Article 27 ter : *Plafonner la rémunération des praticiens contractuels au niveau de celle des praticiens titulaires*

Amendement AS177 de Mme Élise Leboucher

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Cet amendement vise à rétablir l’encadrement des rémunérations accessibles aux praticiens choisissant un contrat dit de motif 2.

Selon un rapport de la Cour des comptes, l’écart de rémunération entre les contrats de motif 1 – le remplacement classique – et ceux de motif 2 – l’intérim – peut aller jusqu’à 50 000 euros par an, ce qui rend les premiers beaucoup moins attractifs et aggrave la fuite vers les seconds. Pour maintenir les services ouverts, certains utilisent même des mécanismes de rémunération supplémentaire qui frôlent l’illégalité.

Pour encourager le maintien en poste des soignants et récompenser ceux qui ont recours aux contrats de motif 1 en leur assurant une meilleure rémunération, il faut limiter autant que possible celle de l’intérim, qui pourrait finir par tuer à la fois nos services et notre système social.

M. le rapporteur général. Effectivement, j’ai peur que le rétablissement de cet article conduise à tuer nos services publics. En outre, vous voulez plafonner la rémunération des contrats de motif 2 au niveau de celle des contrats de motif 1, mais, en l’état, votre amendement prévoit le plafonnement de l’ensemble des contrats au niveau de la rémunération des praticiens hospitaliers statutaires. Ce sera ingérable pour les établissements.

Je vous invite donc à retirer votre amendement ; à défaut, avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

*Elle **maintient** la suppression de l'article 27 ter.*

Article 28 : *Limiter la durée de prescription des arrêts de travail pour maladie et la durée d'indemnisation des arrêts de travail pour accident du travail ou maladie professionnelle et supprimer l'obligation de visite de reprise pour un retour de congé de maternité*

Amendements de suppression AS161 de Mme Sandrine Runel, AS231 de M. Damien Maudet, AS374 de M. Yannick Monnet et AS415 de M. Hendrik Davi

M. Jérôme Guedj (SOC). L'amendement AS161 est défendu.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). L'amendement AS231 est défendu.

M. Hendrik Davi (EcoS). Si le Sénat a amélioré l'article 28 en supprimant la limitation de la durée des prescriptions d'arrêt de travail, il a néanmoins maintenu la disposition qui tend à limiter à quatre ans la période pendant laquelle les indemnités journalières peuvent être versées au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle : à l'expiration de ce délai, leur bénéficiaire relèverait donc désormais du régime de l'incapacité, qui ouvre droit à une pension. Or une telle requalification précariserait des personnes qui sont malades ou en situation de handicap à cause de leur travail. C'est pourquoi nous proposons de supprimer cet article.

M. le rapporteur général. Si nous supprimons l'article, nous ne pourrions pas rétablir, comme je le souhaite, les dispositions que nous avons adoptées en première lecture, en particulier celle qui porte à un mois la durée maximale des arrêts de travail initiaux prescrits en ville.

Quant aux arrêts pour maladie professionnelle ou accident du travail, la limitation à quatre ans de la période pendant laquelle l'incapacité temporaire donne lieu au versement d'indemnités journalières n'a rien de choquant. Il s'agit simplement de prendre acte du fait qu'à l'issue de cette période, la victime relève non plus du régime de l'incapacité temporaire mais de celui de l'incapacité permanente, qui ouvre droit à une rente ou à une indemnité en capital, ou de l'invalidité.

Je vous invite donc à retirer vos amendements de suppression.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Nous sommes en désaccord avec vous. Après un accident du travail ou une maladie professionnelle, la consolidation de l'état du patient peut prendre plusieurs années. J'ajoute que les indemnités versées à ce titre le sont par la branche accidents du travail et maladies professionnelles, laquelle est abondée par chaque employeur, dont la cotisation dépend notamment de son taux de sinistralité. Ainsi, on nous propose de réduire les dépenses de cette branche – qui est, au demeurant, excédentaire – alors qu'elles sont, en fin de compte, assumées par les entreprises qui ne protègent pas leurs salariés.

M. le rapporteur général. Le régime de l'incapacité permanente est protecteur.

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Moins que les indemnités journalières !

M. le rapporteur général. Si, au bout de quatre ans, la personne n'est pas guérie, son incapacité ne peut plus être qualifiée de temporaire.

*La commission **rejette** les amendements.*

Amendement AS235 de Mme Ségolène Amiot

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Cet amendement de repli tend à supprimer la limitation *a priori* de la durée des arrêts de travail pour une incapacité temporaire due à un accident du travail ou à une maladie professionnelle. Nous ne pouvons pas nous mettre à la place des médecins, qui sont les seuls à savoir quand l'état d'un patient est consolidé. Un cancer provoqué par une exposition à l'amiante, par exemple, peut évoluer sur un temps long.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS611 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Cet amendement ressemble beaucoup à l'amendement AS678 de nos collègues socialistes qui avait été adopté en première lecture, et pour cause : je m'en étais alors remis à la sagesse de l'Assemblée. Or je reste fidèle à l'esprit de nos travaux. Il ne s'agit donc ni de rétablir la limitation proposée dans le texte initial du Gouvernement ni de la supprimer, comme l'a fait le Sénat, mais de fixer le principe d'un plafonnement de la durée des arrêts maladie dans la loi et de porter à trente jours la durée maximale d'un arrêt de travail initial pour maladie prescrit en ville.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS466 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

Mme Anne Bergantz (Dem). Il s'agit de rétablir la rédaction initiale des dispositions de l'article 28 visant à encadrer la durée maximale de prescription des arrêts maladie.

M. le rapporteur général. Vous nous proposez de revenir au texte du Gouvernement, texte que nous avons voulu modifier en première lecture. Je suis donc un peu ennuyé.

Demande de retrait, sinon sagesse.

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). Certes, mais votre amendement vient d'être rejeté, hélas. Il nous paraît préférable de revenir à l'esprit du texte initial en plafonnant la durée de la première prescription d'arrêt de travail et de son renouvellement afin de favoriser un suivi cohérent du patient.

*La commission **adopte** l'amendement.*

Amendement AS544 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). Il s'agit de permettre aux praticiens de déroger à la durée maximale de l'arrêt de travail lorsque la situation du malade le justifie.

M. le rapporteur général. Je suis un peu perdu : je ne comprends pas dans quelle direction nous allons. Les votes sur les différents amendements déposés sur l'article 28 sont contradictoires, si bien que, je l'avoue, il ne me sera pas facile de donner l'avis de la commission en séance publique. Il est vrai que, d'un point de vue politique, le Sénat, soucieux de défendre non pas les assurés mais les professionnels de santé, a paradoxalement été plus à gauche que l'Assemblée...

M. Yannick Monnet (GDR). Monsieur le rapporteur général, il n'y a rien d'étonnant à ce que la situation soit complexe. Comment, en effet, dénoncer les arrêts maladie frauduleux sans remettre en cause la liberté de prescription des médecins ? De fait, ce ne sont pas les patients qui décident en la matière, mais bien les médecins !

M. le rapporteur général. Il sera d'ailleurs très facile aux médecins de déroger à ces dispositions.

M. Yannick Monnet (GDR). Elles ne servent donc à rien : c'est de la pure démagogie !

M. le rapporteur général. Ce n'est pas mon texte.

Mme Annie Vidal (EPR). L'objectif est bien de limiter les arrêts de travail frauduleux. D'abord nous encadrons leur durée, puis le projet de loi relatif à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales, que nous examinerons prochainement, nous permettra de donner aux caisses primaires d'assurance maladie les moyens de contrôler ces arrêts de travail.

M. Yannick Monnet (GDR). Ce sont les médecins qu'il faut contrôler, non les patients !

Mme Annie Vidal (EPR). C'est ce que je dis. Un arrêt de travail est frauduleux lorsque la prescription n'est pas pertinente, pour ainsi dire.

M. le rapporteur général. Attention : ce n'est pas parce qu'un arrêt de travail ne respecte pas certaines recommandations qu'il est frauduleux. Le médecin peut ignorer que les bonnes pratiques relatives à la durée ont évolué.

Mme Annie Vidal (EPR). Je parlais du contrôle, non pas de l'opportunité des arrêts de travail mais de leur légalité ; c'est très différent.

M. le rapporteur général. Demande de retrait ; sinon avis défavorable – de toute façon, on tire à blanc !

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS543 de Mme Nathalie Colin-Oesterlé

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). L'amendement est défendu.

M. le rapporteur général. Il me paraît pertinent de rétablir cette coordination qui figurait dans le texte initial et que l'Assemblée nationale n'avait, du reste, pas supprimée. Il s'agit de préciser que les nouvelles dispositions sur la limitation des arrêts ne s'appliqueront pas à Mayotte.

Avis favorable.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*Puis elle **adopte** l'article 28 **modifié**.*

Article 28 bis A (nouveau) : Limitation du renouvellement d'un arrêt de travail par télé médecine

Amendements de suppression AS40 de M. Damien Maudet, AS195 de Mme Sandrine Runel et AS375 de Mme Karine Lebon

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Tout le monde n'a pas accès à un médecin, qui plus est dans le délai de quarante-huit heures imposé au salarié pour transmettre son arrêt de travail à l'employeur et à la Cnam. Par l'amendement AS40, il faut supprimer cet article, car il est déconnecté de la réalité vécue par les patients.

Mme Isabelle Santiago (SOC). Dans les déserts médicaux, la télé médecine est souvent le seul moyen d'avoir accès à un médecin. C'est pourquoi nous proposons également par l'amendement AS195 de supprimer l'article 28 bis A.

M. Yannick Monnet (GDR). L'amendement AS375 est défendu.

M. le rapporteur général. Tout d'abord, cet article vise le renouvellement et non la première prescription d'un arrêt de travail. En outre, l'amendement de Daniel Chasseing, adopté par le Sénat, confirme expressément qu'il est possible de déroger au principe fixé par l'article, d'une part, lorsque le praticien consulté en ligne est le médecin traitant ou la sage-femme référente, et, d'autre part, en cas d'impossibilité avérée de trouver un rendez-vous classique.

Avis défavorable.

Mme Nicole Dubré-Chirat (EPR). Dans son rapport « Charges et produits », la Cnam relève une augmentation considérable du nombre des renouvellements d'arrêt de travail prescrits dans le cadre d'une téléconsultation. Il convient donc de conserver cet article, sachant que celui-ci prévoit des exceptions.

Mme Camille Galliard-Minier (EPR). Je voterai pour ces amendements de suppression, car la loi permet déjà d'éviter les dérives en disposant que, dans le cadre d'une téléconsultation, la prescription ou le renouvellement d'un arrêt de travail ne peut porter sur plus de trois jours. Dans certains territoires, il est important de maintenir la possibilité d'obtenir le renouvellement d'un arrêt de travail par téléconsultation.

Mme Justine Gruet (DR). Une dérogation est prévue en cas d'impossibilité d'obtenir un rendez-vous au cabinet d'un médecin, mais comment peut-on s'assurer de la réalité de cette impossibilité ? Par ailleurs, il me paraît d'autant plus important que le patient soit suivi en présentiel que le premier arrêt de travail n'a pas été suffisant.

*La commission **rejette** les amendements.*

*Puis elle **rejette** l'article 28 bis A.*

Article 28 bis : *Application à Saint-Pierre-et-Miquelon de dispositions relatives au service du contrôle médical*

*La commission **adopte** l'article 28 bis **non modifié**.*

Article 28 ter : *Adaptations au droit des arrêts de travail*

Amendements de suppression AS29 de Mme Élise Leboucher et AS196 de Mme Sandrine Runel

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Cet article, issu d'un amendement de notre rapporteur général, modifie la définition de l'incapacité. Ainsi, serait considéré comme frappé d'incapacité non plus le salarié qui ne peut pas reprendre « le travail » mais celui qui ne peut pas « continuer ou reprendre une activité professionnelle salariée ou non salariée quelconque ». Cette modification importante risque d'être à l'origine de mobilités contraintes, voire de pertes d'emploi ou, pis encore, d'affectations à des postes qui ne sont pas adaptés.

Je m'étonne que nos collègues de droite – pour qui chacun doit s'investir dans son travail – considèrent qu'un salarié qui n'est plus en mesure d'être maintenu à son poste pourrait être affecté à n'importe quel autre poste, comme si tout se valait. Adopter cet article, ce serait dévaloriser le travail. C'est pourquoi par l'amendement AS29 nous proposons sa suppression.

M. Jérôme Guedj (SOC). L'amendement AS196 est défendu.

M. le rapporteur général. J'imagine que, lorsque M. Clouet évoque ses collègues de droite, il veut parler des méchants...

L'article 28 *ter* reprend la jurisprudence de la Cour de cassation qui, dans deux décisions – l'une de juin 2018, l'autre de mai 2025 – a jugé que « *le bénéfice des indemnités journalières est subordonné à la seule constatation de l'incapacité physique de l'assuré de reprendre le travail. Cette incapacité s'analyse non pas dans l'incapacité de l'assuré à remplir son ancien emploi, mais dans celle d'exercer une activité salariée quelconque.* »

Cette définition est certes conforme à l'intérêt de l'employeur, mais aussi à celui du salarié car elle introduit une forme de flexibilité, d'adaptation, qui s'inscrit dans la logique de travail que vous mentionnez.

Par ailleurs, la vérification par le médecin du travail, lui-même sollicité par le médecin-conseil de l'assurance maladie, qu'un assuré en arrêt peut reprendre le travail ou envisager une formation et l'étude des modalités de cette reprise ne sont actuellement prévues que pour les interruptions de plus de trois mois. Je proposais de supprimer cette borne temporelle. Par sous-amendement, le Gouvernement a suggéré un compromis pour en fixer le délai à un mois.

Avis défavorable.

*La commission **adopte** les amendements.*

*En conséquence, l'article 28 ter est **supprimé** et les amendements AS34 de M. Hadrien Clouet, AS379 de M. Yannick Monnet et AS37 de Mme Élise Leboucher **tombent**.*

Article 29 : *Limiter la durée d'indemnisation des arrêts de travail des assurés ne relevant pas du dispositif de l'affection de longue durée*

*La commission **maintient** la suppression de l'article 29.*

Article 30 : *Favoriser le recours à des outils d'aide à la prescription et à la décision médicale de dernière génération*

*La commission **adopte** l'article 30 **non modifié**.*

Article 31 : *Rendre obligatoires l'alimentation du dossier médical partagé et sa consultation dans certains cas*

Amendements identiques AS602 de M. Thibault Bazin et AS515 de M. Philippe Vigier, amendement AS206 de Mme Sandrine Runel (discussion commune)

M. le rapporteur général. Nous proposons de rétablir l'article 31 en ajoutant trois dispositions à la version adoptée par notre assemblée en première lecture, afin de répondre à toutes les préoccupations qui ont été exprimées.

La première tend à imposer que les appels d'offres pour des services numériques en santé lancés par les établissements soient conformes aux critères de référencement, pour garantir un certain niveau de performance et d'interopérabilité.

La deuxième a pour objet d'écarter la responsabilité du professionnel ou de l'établissement au profit de celle de l'éditeur de logiciel lorsque le défaut d'alimentation du DMP résulte d'une faille du logiciel.

La troisième vise à reporter l'application des pénalités à 2028, c'est-à-dire à une date où tous les professionnels de santé devraient être équipés de logiciels permettant un accès fluide aux DMP des patients.

Grâce à ses modifications, le dispositif paraît donc équilibré. Je forme le vœu que les établissements de santé feroient évoluer rapidement leurs systèmes d'information afin de faciliter le renseignement et la consultation du DMP. Ainsi, les fameux actes redondants mentionnés par Annie Vidal pourront être évités et nous pourrions réaliser les économies attendues par Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj (SOC). L'amendement AS206 est défendu.

*La commission **adopte** les amendements identiques.*

*En conséquence, l'article 31 est **ainsi rétabli** et l'amendement AS206 **tombe**.*

Article 32 : *Lutter contre le gaspillage des produits de santé*

*La commission **adopte** l'article 32 **non modifié**.*

Article 33 : *Améliorer la pénétration des biosimilaires et génériques en ville*

Amendement AS156 de M. Hadrien Clouet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Il s'agit de supprimer le mécanisme qui conditionne le tiers payant à l'acceptation par le patient des biosimilaires et hybrides substituables.

M. le rapporteur général. Le développement des biosimilaires et des hybrides, auquel je suis très favorable, dépend de l'instauration de ce mécanisme qui, appliqué aux génériques, a permis une économie de 19 millions d'euros d'économies par point de substitution. Je rappelle que le tiers payant est une avance et non un règlement.

Avis défavorable.

*La commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS493 de Mme Karine Lebon.

M. Yannick Monnet (GDR). L'amendement est défendu.

*Suivant l'avis du rapporteur général, la commission **rejette** l'amendement.*

Amendement AS549 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Il s'agit de supprimer les dispositions introduites au Sénat qui simplifient de façon excessive les conditions dérogatoires de substitution des médicaments biosimilaires et surchargent inutilement le code de la santé publique par la création d'un devoir d'information des pharmaciens dans le cadre de la substitution. L'ANSM nous a d'ailleurs alertés sur le contenu des deux dispositifs qui, d'une part, fragiliseraient la confiance des usagers dans le processus de substitution, et, d'autre part, complexifieraient de façon excessive la dispensation des biosimilaires.

Cet amendement permet ainsi de préserver l'équilibre du dispositif adopté par la commission des affaires sociales en première lecture.

*La commission **adopte** l'amendement.*

*En conséquence, l'amendement AS545 de Mme Karine Lebon **tombe**.*

*La commission **adopte** l'article 33 **modifié**.*

Article 34 : Adapter les dispositifs d'accès précoce, d'accès compassionnel et d'accès direct

Amendement AS618 de M. Thibault Bazin

M. le rapporteur général. Il s'agit de rétablir les dispositions supprimées par le Sénat qui donnent la faculté au Ceps de prendre en compte des pays non européens dans les décisions conventionnelles de baisse de prix. Je rappelle en effet que, depuis 2021, les dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux ont crû en moyenne de 7,4 %, contre 3 % pour le PIB.

Certes, la seule régulation par le prix n'est pas la solution. Mais la prise en compte de pays qui pratiquent des prix moins élevés tout en présentant un accès important à l'innovation thérapeutique semble utile, notamment dans le souci de rétablir les comptes de la sécurité

sociale. Ainsi amendée, non seulement la disposition d'équilibre de l'article 34 préserve l'accès précoce, l'accès direct et l'accès compassionnel mais elle est également vertueuse pour nos finances sociales en permettant une économie estimée à 113 millions d'euros dès 2026.

*La commission **adopte** l'amendement.*

Amendement AS199 de M. Damien Maudet

Mme Ségolène Amiot (LFI-NFP). Nous proposons d'instaurer une pénalité plancher pour les industriels et laboratoires pharmaceutiques qui contreviennent aux engagements exigés dans le cadre d'une demande de commercialisation en accès direct.

M. le rapporteur général. Je vous invite à retirer l'amendement et à y retravailler en vue de la séance publique car vous mentionnez l'accès direct alors que l'amendement vise l'accès précoce.

*L'amendement est **retiré**.*

*La commission **adopte** l'article 34 **modifié**.*

Article 34 bis (nouveau) : Renforcement de l'application du critère industriel dans la définition du prix des dispositifs médicaux

*La commission **adopte** l'article 34 bis **non modifié**.*

Article 35 : Expérimenter le référencement de médicaments thérapeutiquement équivalents

*La commission **maintient** la suppression de l'article 35.*

Article 35 bis (nouveau) : Adaptation de la période prise en compte pour le calcul du niveau du stock de sécurité des spécialités substituables

Amendements de suppression AS551 de M. Thibault Bazin et AS17 de M. Damien Maudet

M. le rapporteur général. La logique préventive qui préside à la constitution des stocks de sécurité se trouve fragilisée par cette disposition qui a pour objet de permettre une diminution du niveau de ces stocks pour les médicaments substituables, quand bien même ceux-ci appartiendraient à la catégorie des médicaments d'intérêt thérapeutique majeur (MITM). En effet, la concentration, notamment géographique, des fournisseurs de médicaments génériques ou hybrides ne permet pas d'écarter le risque d'une pénurie. L'argument selon lequel la possibilité de substituer un médicament justifierait une diminution du niveau de stockage n'est donc pas recevable.

J'invite donc ceux d'entre vous qui sont attachés à la préservation des niveaux de stock des MITM – notamment M. Maudet, M. Monnet et les collègues du groupe GDR – à supprimer cet article.

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Fondé sur le principe selon lequel les stocks constitués par le laboratoire commercialisant le médicament générique, hybride ou

biosimilaire seront appelés à progresser de manière dynamique en cohérence avec la hausse de leur part de marché, cet article aurait pour conséquence d'affaiblir l'ensemble des stocks de la spécialité puisqu'il réduit la période de référence retenue pour le calcul des besoins de l'ensemble des produits concernés.

*La commission **adopte** les amendements.*

*En conséquence, l'article 35 bis est **supprimé** et les amendements AS497 de M. Yannick Monnet et AS503 de M. Charles Fournier **tombent**.*

La réunion s'achève à vingt heures.

Présences en réunion

Présents. – Mme Ségolène Amiot, M. Thibault Bazin, M. Christophe Bentz, Mme Anne Bergantz, M. Elie Califer, M. Hadrien Clouet, Mme Josiane Corneloup, M. Hendrik Davi, Mme Sandrine Dogor-Such, Mme Nicole Dubré-Chirat, M. Gaëtan Dussausaye, M. Emmanuel Fernandes, M. Guillaume Florquin, Mme Martine Froger, Mme Camille Galliard-Minier, Mme Justine Gruet, M. Jérôme Guedj, M. Patrick Hetzel, M. Michel Lauzzana, Mme Christine Le Nabour, Mme Christine Loir, M. Damien Maudet, Mme Joëlle Mélin, M. Thomas Ménagé, Mme Joséphine Missoffe, M. Christophe Mongardien, M. Yannick Monnet, M. Serge Muller, M. Sébastien Peytavie, Mme Angélique Ranc, Mme Sandrine Rousseau, M. Jean-François Rousset, Mme Isabelle Santiago, Mme Danielle Simonnet, M. Nicolas Turquois, M. Frédéric Valletoux, Mme Annie Vidal, M. Philippe Vigier

Excusés. – Mme Anchya Bamana, Mme Stella Dupont, Mme Océane Godard, Mme Karine Lebon, M. Jean-Philippe Nilor, Mme Mathilde Panot, M. Jean-Hugues Ratenon