



N° 3354

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DIX-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 20 octobre 2026

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

AU NOM DE LA DÉLÉGATION AUX DROITS DES FEMMES
ET À L'ÉGALITÉ DES CHANCES ENTRE LES HOMMES ET LES FEMMES ⁽¹⁾

sur le **projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2027**

ET PRÉSENTÉ PAR

MMES AGNÈS FIRMIN LE BODO ET KARINE LEBON

Députées

(1) La composition de la Délégation figure au verso de la présente page.

La Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances entre les hommes et les femmes est composée de : Mme Véronique Riotton, *présidente* ; Mme Marie-Charlotte Garin, M. Guillaume Gouffier Valente, Mme Sarah Legrain, Mme Anne-Cécile Violland, *vice-présidents* ; Mme Julie Delpech, Mme Karine Lebon, *secrétaires* ; Mme Nadège Abomangoli, Mme Marie-Noëlle Battistel, M. Guillaume Bigot, Mme Sylvie Bonnet, M. Louis Boyard, Mme Gabrielle Cathala, Mme Edwige Diaz, Mme Sandrine Dogor-Such, Mme Virginie Duby-Muller, Mme Agnès Firmin Le Bodo, Mme Martine Froger, Mme Sandrine Josso, Mme Fatiha Keloua Hachi, Mme Élise Leboucher, Mme Gisèle Lelouis, Mme Delphine Lingemann, Mme Christine Loir, Mme Marie-France Lorho, Mme Graziella Melchior, Mme Marie Récalde, Mme Sandra Regol, Mme Marie-Pierre Rixain, Mme Sandrine Rousseau, M. Emmanuel Taché, Mme Prisca Thevenot, Mme Céline Thiébault-Martinez.

SOMMAIRE

	Pages
SYNTHÈSE DU RAPPORT	6
INTRODUCTION	9
I. LES VIOLENCES SEXISTES ET SEXUELLES : UN ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE ENCORE INSUFFISAMMENT PRIS EN CHARGE	11
A. DES CONSÉQUENCES SANITAIRES LOURDES ET DURABLES, DONT LE COÛT RESTE INSUFFISAMMENT MESURÉ.....	11
1. Des conséquences sanitaires immédiates et de long terme.....	11
2. Un coût sanitaire et financier encore insuffisamment mesuré	13
B. UNE ORGANISATION DES SOINS FRAGMENTÉE QUI PRODUIT DES RUPTURES DE PARCOURS ET DES INÉGALITÉS D'ACCÈS	14
1. Une offre de soins et des dispositifs nombreux, mais encore insuffisamment coordonnés.....	14
2. Des obstacles financiers et territoriaux qui entretiennent les ruptures de parcours .	16
II. CONSTRUIRE UN VÉRITABLE PARCOURS DE SOINS DES VICTIMES : QUELS LEVIERS POUR LE PLFSS 2027 ?	18
A. GARANTIR UNE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE RÉELLEMENT INTÉGRALE	18
1. Définir un panier de soins adapté et garantir sa prise en charge dans la durée.....	18
2. Passer du « 100 % » théorique à l'absence réelle d'obstacle financier	18
B. ORGANISER ET FINANCER UN PARCOURS COORDONNÉ ET ACCESSIBLE SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE.....	20
1. Identifier et financer la coordination du parcours	20
2. Garantir un parcours sur l'ensemble du territoire	22
a. La proposition de loi intégrale apporte sur ce point quelques réponses.	22
b. La proposition de loi prévoit par ailleurs des dispositions spécifiques pour les outre-mer.	23
c. Elles doivent cependant trouver leur traduction sur le terrain et le plan budgétaire.....	23
d. De nombreuses difficultés demeurent malheureusement sans réponse	24

CONCLUSION	29
TRAVAUX DE LA DÉLÉGATION	31
I. AUDITIONS MINISTRES.....	31
II. EXAMEN DU RAPPORT PAR LA DELEGATION	82
ANNEXE LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LES RAPPORTEURS.....	83

SYNTHÈSE DU RAPPORT

Les violences sexistes et sexuelles (VSS) constituent un enjeu majeur de santé publique. Leurs conséquences – traumatismes physiques, atteintes à la santé sexuelle et reproductive, psychotraumatisme, troubles anxieux et dépressifs, addictions, arrêts de travail – peuvent s’inscrire dans la durée et nécessiter des soins pendant plusieurs années. Selon le Haut conseil à l’égalité, les victimes mettent pourtant en moyenne treize ans à accéder à une prise en charge adaptée, et un quart d’entre elles n’y accède jamais.

Un diagnostic établi, un parcours qui fait défaut. Les dispositifs sont nombreux – urgences, unités médico-judiciaires, centres régionaux du psychotraumatisme, Maisons des femmes, associations – mais restent juxtaposés : la coordination repose encore trop souvent sur la victime elle-même. S’y ajoutent des obstacles financiers (avance de frais, dépassements d’honoraires, soins psychologiques insuffisamment pris en charge, frais de transport) et de fortes inégalités territoriales. Le coût de ces violences pour l’assurance maladie demeure par ailleurs mal mesuré, alors que l’absence de parcours a, elle aussi, un coût. Les réponses de la DGOS, de la DSS et de la CNAM le confirment : aucune administration n’est en mesure de chiffrer ce coût, et elles ne s’accordent pas sur l’acteur chargé de coordonner le parcours.

Les outre-mer, une vigilance particulière. Dans les territoires ultramarins, la fragilité de la démographie médicale, l’éloignement, l’insularité et l’accès limité aux spécialités se conjuguent avec une prévalence élevée des violences. Les témoignages recueillis lors des auditions font apparaître le manque de professionnels formés, des difficultés de transport qui retardent la prise en charge, un manque de lisibilité des dispositifs et un sous-recours aux soins des femmes victimes, malgré un tissu associatif très engagé. Les outre-mer concentrent 11 % des féminicides pour 4 % de la population. Parmi les départements et régions d’outre-mer, La Réunion dispose aujourd’hui de deux Maisons des femmes, La Martinique une, la Guadeloupe dispose d’une Maison non adossée à l’hôpital, la Guyane une également et Mayotte n’en a pas. Mais la question se pose de savoir si les moyens seront à la hauteur des besoins, l’enveloppe étant la même pour tous les départements et non calculée en fonction des besoins réels.

Du droit au parcours à son financement. L’article 52 de la LFSS pour 2026 a engagé une première réponse en expérimentant la prise en charge intégrale des prélèvements, y compris sans dépôt de plainte, dans au moins un territoire ultramarin ; elle est toutefois toujours en cours d’instruction. La proposition de loi intégrale pose des droits (absence d’avance de frais et de reste à charge, centres pluridisciplinaires, parcours coordonné, adaptations ultramarines) et le décret du 30 septembre 2026 prévoit une maison des femmes dans chaque département. Il revient au PLFSS pour 2027 d’en financer l’effectivité.

Or, à ce stade, le compte n'y est pas tout à fait et plusieurs incertitudes demeurent.

La première concerne les Maisons des femmes, dont les missions viennent d'être précisées par décret et qui seront amenées à jouer un rôle central dans la coordination de l'accompagnement des victimes. Les 27 millions d'euros supplémentaires prévus en 2027 suffiront-ils à répondre à ces nouvelles responsabilités ? La question se pose également d'une évolution de leur mode de financement, aujourd'hui fondé sur des enveloppes, vers un financement davantage adapté à leur activité réelle.

D'autres moyens sont annoncés : 30 millions d'euros pour les parcours de soins coordonnés renforcés, dont 7 millions pour les enfants victimes de violences sexistes et sexuelles, 3 millions pour le renforcement des unités d'accueil pédiatriques enfants en danger (UAPED) et 2,7 millions pour les centres régionaux du psychotraumatisme. Ces efforts sont bienvenus, mais leur suffisance et les moyens spécifiquement consacrés à la coordination restent à préciser.

Enfin, l'article 53 de la proposition de loi dite « intégrale » prévoit la suppression du reste à charge et de l'avance de frais pour les victimes, majeures comme mineures. Vos rapporteuses souhaitent que cette prise en charge ne soit pas subordonnée au dépôt d'une plainte. Une attestation délivrée par une association spécialisée pourrait constituer une solution simple et opérationnelle pour garantir l'effectivité de ce droit.

Les rapporteuses formulent les recommandations suivantes :

- mesurer, avec la CNAM et l'ATIH, le coût des violences sexistes et sexuelles pour l'assurance maladie ;
- définir et chiffrer un panier de soins pris en charge dans la durée, y compris en psychotraumatisme ;
- garantir une absence effective d'avance de frais et de reste à charge, y compris pour une prise en charge prolongée en santé mentale et pour les déplacements ;
- expérimenter un financement spécifique de la coordination du parcours de soins des victimes ;
- sécuriser le financement des maisons des femmes et des centres régionaux du psychotraumatisme, et rendre ces crédits visibles dans le PLFSS ;
- garantir dans chaque territoire l'accès aux fonctions essentielles du parcours : accueil, soins, psychotraumatisme, orientation, coordination et suivi ;
- prévoir un volet spécifique aux outre-mer couvrant les surcoûts liés aux transports, à l'éloignement de l'offre spécialisée, aux équipes mobiles, à la télésanté et aux dispositifs d'aller-vers, assorti d'un calendrier de déploiement des structures, y compris à Mayotte.

INTRODUCTION

Vos rapporteuses, Agnès Firmin Le Bodo et Karine Lebon, ont choisi de consacrer leurs travaux sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale à la prise en charge sanitaire des victimes de violences sexistes et sexuelles, et plus particulièrement à leur parcours de soins et aux dépenses qui restent aujourd'hui à leur charge.

Ce choix part d'un constat simple : les violences sexistes et sexuelles sont aussi un enjeu majeur de santé publique. Leurs conséquences ne s'arrêtent pas aux violences elles-mêmes. Traumatismes physiques, atteintes à la santé sexuelle et reproductive, psychotraumatisme, troubles anxieux ou dépressifs, addictions ou arrêts de travail peuvent inscrire leurs effets dans la durée et nécessiter des soins multiples, parfois pendant plusieurs années.

Ces conséquences sont désormais bien documentées. Les travaux parlementaires comme ceux du Haut conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes ont également mis en évidence les difficultés rencontrées par les victimes pour accéder aux soins et être accompagnées dans la durée.

Car si de nombreux dispositifs existent, leur juxtaposition ne constitue pas encore un véritable parcours de soins. Une victime peut être amenée à solliciter successivement les urgences, une unité médico-judiciaire, un médecin généraliste, un gynécologue, un psychiatre ou un psychologue, une Maison des femmes ou encore une association. Elle doit parfois identifier elle-même le bon interlocuteur, prendre les rendez-vous, faire circuler les informations et comprendre ce qui sera ou non pris en charge. Trop souvent, la coordination du parcours repose encore sur la victime elle-même.

En février 2026, une table ronde organisée par la Délégation aux droits des femmes sur l'accompagnement des victimes avait ainsi montré le rôle indispensable joué par les associations pour orienter les femmes entre les différents dispositifs, notamment en matière de santé.

Plus récemment, la mission d'information de la Délégation sur le coût des violences et l'accompagnement des victimes a montré que les séquelles des violences sexistes et sexuelles représentent un coût considérable, pour les victimes comme pour la société tout entière, coût qui demeure encore sous-évalué et insuffisamment pris en charge.

C'est précisément à cet endroit que le PLFSS peut agir. Il y a d'abord un enjeu de financement par l'assurance maladie : quels soins doivent être pris en charge, à quel niveau et pendant combien de temps ? Comment mieux prendre en charge la santé mentale ? Comment réduire les avances de frais et les restes à charge ? Qu'en est-il des transports nécessaires pour accéder aux structures spécialisées ?

Il y a ensuite un enjeu d'organisation de l'offre de soins : qui oriente la victime ? Qui coordonne son parcours ? Comment financer cette coordination ? Et comment garantir que la prise en charge ne dépende pas du lieu où elle vit ?

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2026 a commencé à apporter une première réponse en prévoyant, à son article 52, l'expérimentation d'une prise en charge intégrale par l'assurance maladie des prélèvements réalisés à la suite de violences sexuelles et sexistes, y compris en l'absence de dépôt de plainte. Mais la question posée aujourd'hui est plus large : comment passer de prises en charge ponctuelles à un véritable parcours de soins accessible, coordonné et financé ?

Cette réflexion s'inscrit enfin dans le prolongement de la proposition de loi visant à apporter une réponse intégrale aux violences sexuelles et sexistes contre les femmes et les enfants, examinée en séance publique à l'Assemblée nationale depuis le 1er octobre 2026. En abordant les violences dans toutes leurs dimensions – prévention, justice, protection, accompagnement et santé –, elle fixe une ambition globale. Encore faut-il donner aux dispositifs qu'elle prévoit les moyens de fonctionner concrètement.

La proposition de loi intégrale fixe l'ambition ; le PLFSS doit contribuer à en organiser et à en financer l'effectivité. Or, malgré les efforts budgétaires annoncés, vos rapporteuses s'interrogent sur l'adéquation des moyens aux besoins, notamment pour les Maisons des femmes, appelées à jouer un rôle croissant dans la coordination des parcours de soins. Elles seront particulièrement vigilantes à ce que les nouvelles missions confiées aux structures de santé et aux associations s'accompagnent de financements suffisants et pérennes. Il ne saurait être question que les insuffisances du système continuent de reposer sur les victimes elles-mêmes, ni sur des associations déjà fortement sollicitées.

C'est dans cette articulation qu'Agnès Firmin Le Bodo et Karine Lebon ont souhaité inscrire leurs travaux : partir du parcours réel des victimes, identifier les ruptures et les restes à charge, puis déterminer les leviers permettant de garantir un parcours de soins réellement accessible, coordonné et financé. Elles ont pour cela entendu des actrices de terrain, notamment ultramarines, et interrogé la direction générale de l'offre de soins (DGOS), la direction de la Sécurité sociale (DSS) et la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM), dont les réponses écrites nourrissent le présent rapport.

I. LES VIOLENCES SEXISTES ET SEXUELLES : UN ENJEU DE SANTÉ PUBLIQUE ENCORE INSUFFISAMMENT PRIS EN CHARGE

A. DES CONSÉQUENCES SANITAIRES LOURDES ET DURABLES, DONT LE COÛT RESTE INSUFFISAMMENT MESURÉ

1. Des conséquences sanitaires immédiates et de long terme

Traumatismes physiques, santé sexuelle et reproductive, psychotraumatisme, santé mentale, conséquences somatiques à long terme, addictions, arrêts de travail. Les conséquences des violences ne s'arrêtent pas aux faits eux-mêmes et peuvent nécessiter des soins pendant plusieurs années.

Les conséquences des violences sexistes et sexuelles sur la santé sont aujourd'hui largement documentées. Elles ne se limitent ni aux lésions provoquées au moment des faits ni à leur prise en charge immédiate : elles peuvent affecter durablement la santé physique et psychique des victimes, leur vie sexuelle et reproductive, leur rapport au soin et leur capacité à travailler.

À court terme, les victimes peuvent nécessiter des soins pour des lésions physiques, des douleurs, des infections sexuellement transmissibles, un risque de grossesse non désirée ou encore la réalisation de prélèvements à visée médicale ou médico-légale. À plus long terme peuvent apparaître ou persister des symptômes psychotraumatiques, des troubles anxieux et dépressifs, des troubles du sommeil, des conduites addictives, des conséquences sur la santé sexuelle et reproductive ou encore des pathologies somatiques.

Ces constats ne sont pas nouveaux. Ils traversent depuis plusieurs années les travaux parlementaires consacrés aux violences faites aux femmes.

Dès 2016, dans son rapport d'information sur les violences faites aux femmes, la Délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale soulignait déjà la nécessité d'une réponse globale aux violences, au-delà de la seule réponse pénale. Ce rapport, présenté par Pascale Crozon, s'inscrivait dans une série de travaux de la Délégation consacrés à l'amélioration de la protection et de l'accompagnement des victimes.

Les travaux parlementaires ont ensuite progressivement davantage documenté les conséquences sanitaires et psychotraumatiques des violences. Le rapport de la Délégation aux droits des femmes du Sénat de 2019, *Violences, femmes et handicap : dénoncer l'invisible et agir*, insistait ainsi sur un phénomène particulièrement important : les violences peuvent elles-mêmes produire ou aggraver le handicap, tandis que leurs conséquences psychotraumatiques demeurent souvent méconnues des professionnels et insuffisamment prises en charge.

Cette évolution traduit un changement d'approche important. Il ne s'agit plus seulement de considérer la santé comme l'une des conséquences des violences : le soin devient l'une des conditions de la reconstruction et de la sortie durable des violences.

Le Haut conseil à l'égalité a particulièrement documenté ce changement de perspective. Son rapport de 2020, *Violences conjugales : garantir la protection des femmes victimes et de leurs enfants tout au long de leur parcours*, part de l'expérience des victimes pour identifier les moments où elles se retrouvent seules entre les différents dispositifs. Le HCE y insiste notamment sur la nécessité de prendre en charge les conséquences physiques et psychiques des violences et de développer les structures dédiées à leur prise en charge sanitaire, psychologique et sociale.

Trois ans plus tard, son évaluation des centres régionaux du psychotraumatisme dresse un constat particulièrement préoccupant. Le HCE estime que les victimes mettent en moyenne treize ans à trouver une prise en charge adaptée et qu'un quart d'entre elles n'y accède jamais. Il rappelle également que le développement d'une offre de soins psychotraumatiques figurait déjà parmi les objectifs du cinquième plan de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux femmes 2017-2019.

Les travaux parlementaires les plus récents prolongent directement ces constats. La mission gouvernementale confiée à Sandrine Josso et Véronique Guillotin sur la soumission chimique a notamment insisté en 2025 sur l'accès rapide aux prélèvements, leur conservation et la nécessité d'organiser une réponse sanitaire permettant aux victimes de préserver des éléments de preuve sans que l'accès aux soins dépende du dépôt immédiat d'une plainte. Plusieurs de ses recommandations ont ensuite donné lieu à des démarches parlementaires sur la conservation des prélèvements et l'accès aux laboratoires de toxicologie.

La Délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale a elle-même poursuivi ces travaux en 2026. Le 18 février, dans le cadre de la mission d'information confiée à Sandrine Josso et Élise Leboucher sur le coût des violences sexistes et sexuelles et l'accompagnement des victimes, elle a entendu la Fédération nationale Solidarité Femmes, la Fondation des Femmes, le Collectif féministe contre le viol, le Mouvement du Nid et la FNCIDFF. Les échanges ont notamment porté sur la continuité de l'accompagnement et sur le rôle joué par les associations pour orienter les victimes entre les différents dispositifs.

La proposition de loi n° 3106 visant à apporter une réponse intégrale aux violences sexuelles et sexistes contre les femmes et les enfants s'inscrit donc dans une histoire parlementaire déjà longue. Ses dispositions sanitaires – prise en charge financière, structures pluridisciplinaires, parcours coordonné en psychotraumatisme – ne partent pas d'un diagnostic nouveau : elles cherchent à tirer les conséquences opérationnelles de constats établis au fil des rapports, auditions et missions parlementaires.

Cette question est d'autant plus importante que la temporalité du soin n'est pas celle de la violence. Des faits commis en quelques minutes peuvent créer des besoins de soins pendant plusieurs années. Une réponse sanitaire concentrée sur l'urgence ou les jours suivant les faits ne peut donc constituer, à elle seule, un parcours de soins.

2. Un coût sanitaire et financier encore insuffisamment mesuré

À cette accumulation de connaissances sur les conséquences sanitaires des violences répond paradoxalement une connaissance encore lacunaire de leur traduction en dépenses de santé.

Les violences génèrent pourtant des dépenses nombreuses : consultations de médecine générale ou spécialisée, passages aux urgences, hospitalisations, examens, médicaments, soins gynécologiques, psychiatrie et psychologie, prise en charge des addictions, arrêts de travail et, dans certains cas, traitement de pathologies chroniques.

Ces dépenses sont prises en charge par l'assurance maladie, mais elles sont dispersées entre différents postes et ne sont pas systématiquement identifiées comme la conséquence de violences. Nous connaissons donc beaucoup mieux les conséquences médicales des violences que leur coût pour notre système de santé.

Cette question du coût fait précisément l'objet de la mission d'information actuellement conduite par Sandrine Josso et Élise Leboucher au nom de la Délégation aux droits des femmes sur le coût des violences sexistes et sexuelles et l'accompagnement des victimes. À la date du présent rapport, ses travaux sont encore en cours.

Les réponses écrites adressées à vos rapporteuses confirment cette lacune. La DSS et la DGOS indiquent ne pas disposer d'éléments et renvoient à la CNAM. La CNAM précise à son tour qu'elle ne dispose pas d'informations, « car il n'y a pas d'actes qui permettent de tracer ces prises en charge », et suggère de solliciter l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Les estimations disponibles donnent néanmoins une idée de l'ordre de grandeur des coûts économiques et sociaux associés aux violences. Elles doivent être maniées avec prudence, car leurs périmètres diffèrent. L'estimation de 9,7 milliards d'euros par an, notamment reprise dans les travaux parlementaires récents, concerne les violences sexuelles faites aux enfants et ne saurait être présentée comme le coût de l'ensemble des violences sexistes et sexuelles.

Mais le véritable enjeu du PLFSS est ailleurs : combien les violences coûtent-elles spécifiquement à l'assurance maladie ?

Combien représentent les consultations, passages aux urgences et hospitalisations directement ou indirectement liés aux violences ? Quel est leur impact sur la consommation de médicaments, les soins psychiatriques et les arrêts

de travail ? Les victimes bénéficiant précocement d'une prise en charge adaptée ont-elles des trajectoires de soins différentes de celles qui accèdent tardivement au psychotraumatisme ?

Ces données sont essentielles pour apprécier l'impact financier d'un parcours de soins. Car l'analyse budgétaire ne peut consister uniquement à calculer le coût des mesures nouvelles. Elle doit mettre ce coût en regard de celui d'une prise en charge tardive, discontinuée ou inadaptée.

Une victime qui ne bénéficie pas rapidement d'une prise en charge appropriée peut multiplier les consultations, connaître plusieurs passages aux urgences, recevoir successivement différents traitements ou développer des troubles chroniques. La prévention et la prise en charge précoce représentent une dépense ; l'absence de prévention et le retard de prise en charge en représentent également une.

Le débat budgétaire ne peut donc se limiter au coût du parcours de soins : il doit aussi porter sur le coût de l'absence de parcours. Or, selon la CNAM, « il n'existe pas d'estimation des coûts ou des gains » d'un parcours de soins plus précoce et mieux coordonné, et la DSS ne dispose pas d'estimation du coût d'un parcours « qui n'a pas été défini ».

Les violences sexistes et sexuelles constituent ainsi non seulement un enjeu de protection des victimes mais aussi un enjeu de dépenses d'assurance maladie, de prévention et d'efficience du système de soins.

Recommandation – Confier à la CNAM et à l'ATIH une mesure du coût des violences sexistes et sexuelles pour l'assurance maladie (consultations, urgences, hospitalisations, médicaments, santé mentale, arrêts de travail) ainsi que des dépenses qui pourraient être évitées grâce à une prise en charge précoce et coordonnée.

B. UNE ORGANISATION DES SOINS FRAGMENTÉE QUI PRODUIT DES RUPTURES DE PARCOURS ET DES INÉGALITÉS D'ACCÈS

1. Une offre de soins et des dispositifs nombreux, mais encore insuffisamment coordonnés

La difficulté ne tient pas à l'absence de toute réponse sanitaire. Au contraire, de nombreux dispositifs ont progressivement été créés ; c'est leur articulation qui demeure insuffisante.

Une victime peut aujourd'hui être accueillie par un médecin généraliste, une sage-femme ou un gynécologue, un service d'urgence, une unité médico-judiciaire, un psychiatre ou un psychologue, un centre régional du psychotraumatisme, une Maison des femmes ou une association spécialisée.

Les politiques publiques ont également cherché à développer des dispositifs plus spécialisés. Le cinquième plan de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux femmes prévoyait ainsi le développement d'une offre de soins psychotraumatiques ; les centres régionaux du psychotraumatisme ont été créés dans cette perspective. Mais l'évaluation conduite en 2023 par le HCE souligne l'écart persistant entre l'ambition initiale et les moyens disponibles.

Ces structures se sont depuis développées. Selon la DGOS, on dénombre en septembre 2026 129 maisons des femmes/santé en activité ou en projet (104 en activité, 9 ouvertures prévues d'ici la fin de l'année et 16 projets) dans 97 départements, contre 74 en 2023. Les centres régionaux du psychotraumatisme ont vu leurs crédits portés de 400 000 euros à 716 000 euros par centre, et leur cahier des charges a été actualisé en juin 2026. Le maillage progresse donc ; c'est l'articulation entre ces structures, et avec le reste de l'offre de soins, qui reste à organiser.

Le constat rejoint celui formulé dès 2020 par le HCE : la protection des victimes suppose une mise en chaîne des dispositifs, afin qu'elles ne soient pas abandonnées lors du passage d'un professionnel ou d'une institution à l'autre.

Les travaux de la Délégation aux droits des femmes du 18 février 2026 ont à nouveau fait apparaître le rôle déterminant joué par les associations dans cette continuité. Celles-ci ne se contentent pas d'informer les victimes : elles les accompagnent, les orientent et assurent souvent, dans les faits, le lien entre des dispositifs sanitaires, sociaux et judiciaires qui restent organisés selon des logiques distinctes.

La question qui se pose est donc simple : qui est responsable du parcours ?

Qui évalue les besoins de la victime ? Qui l'oriente vers les soins appropriés ? Qui vérifie que l'orientation débouche effectivement sur un rendez-vous ? Qui organise la continuité entre hôpital et médecine de ville, entre soins somatiques et psychotraumatisme, entre professionnels de santé et associations ? Qui réévalue les besoins lorsque les conséquences des violences apparaissent plusieurs mois après les faits ?

À défaut d'une réponse organisée, la victime devient elle-même la coordinatrice de son parcours.

Elle doit identifier les bons interlocuteurs, obtenir successivement plusieurs rendez-vous, comprendre les conditions d'accès à chaque dispositif et souvent raconter à nouveau les violences subies. Cette fragmentation constitue elle-même un facteur de rupture du parcours.

L'article 52 de la LFSS pour 2026 apporte une première réponse ciblée en prévoyant, à titre expérimental, la prise en charge intégrale des prélèvements réalisés à la suite de violences sexuelles et sexistes dans le mois suivant les faits, y compris en l'absence de dépôt de plainte. Le législateur reconnaît ainsi qu'une

victime doit pouvoir accéder à un acte sanitaire et préserver des éléments susceptibles d'être utiles ultérieurement sans que ce soin dépende immédiatement d'une démarche judiciaire. Un an après son adoption, cette expérimentation demeure toutefois « en cours d'instruction » selon la DSS : la définition du parcours, le panier de soins et les modalités de financement restent à arbitrer, et ni le décret d'application ni l'arrêté fixant les territoires participants ne sont parus.

Mais cet exemple illustre également la limite de la construction actuelle : financer un acte ne suffit pas à construire un parcours.

C'est précisément l'évolution engagée aujourd'hui : passer d'une succession de dispositifs et d'actes à une logique de prise en charge coordonnée. Le défi du PLFSS consiste désormais à déterminer comment financer non seulement les soins, mais aussi le travail nécessaire pour les relier entre eux.

2. Des obstacles financiers et territoriaux qui entretiennent les ruptures de parcours

La fragmentation institutionnelle se double enfin d'inégalités très concrètes dans l'accès aux soins.

Un droit à la prise en charge ne garantit pas qu'un professionnel soit disponible, qu'un rendez-vous puisse être obtenu dans un délai adapté ou que la victime puisse effectivement supporter les dépenses restant à sa charge.

Les obstacles financiers sont multiples : avance de frais, participations, dépassements d'honoraires, prise en charge incomplète de certains soins psychologiques, frais de transport. Ils prennent une importance particulière lorsque la prise en charge doit se poursuivre dans le temps.

Les réponses de la DSS et de la CNAM précisent ces obstacles. Le tiers payant, qui dispense de l'avance de frais sur la part obligatoire, ne concerne que 67,3 % des actes en 2025, et les soins consécutifs aux violences ne figurent pas parmi les cas où il est obligatoire. Les dépassements d'honoraires, non pris en charge par l'assurance maladie, peuvent rester à la charge de la victime selon sa couverture complémentaire. Seules les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sont protégées à la fois contre l'avance de frais et contre les dépassements. Pour les mineurs, un parcours dédié permet déjà une prise en charge intégrale en cas de sévices sexuels, mais il n'interdit pas les dépassements d'honoraires.

Cette difficulté est particulièrement manifeste en matière de psychotraumatisme. Treize ans en moyenne pour accéder à une prise en charge adaptée et un quart des victimes qui n'y accèdent jamais : les données publiées par le HCE en 2023 montrent que la reconnaissance d'un besoin de soin ne suffit pas à en garantir l'effectivité.

Le problème est également territorial. Les structures spécialisées sont inégalement réparties ; les délais d'accès aux psychiatres et autres professionnels spécialisés varient fortement ; et la distance peut elle-même devenir un obstacle lorsque le parcours nécessite plusieurs consultations.

La question se pose avec une acuité particulière pour les femmes en situation de handicap. La Délégation aux droits des femmes du Sénat soulignait dès 2019 que leurs difficultés d'accès aux professionnels, leur dépendance éventuelle à l'égard de tiers et la méconnaissance du psychotraumatisme par certains professionnels pouvaient renforcer les obstacles à une prise en charge adaptée.

Elle se pose également de manière spécifique dans les outre-mer, où les difficultés de démographie médicale, l'éloignement et l'accès aux spécialités peuvent se conjuguer avec une prévalence élevée des violences. Le fait que le législateur ait expressément prévu, pour l'expérimentation créée par l'article 52 de la LFSS pour 2026, qu'au moins l'un des territoires concernés relève de l'article 73 de la Constitution témoigne déjà de la nécessité d'intégrer cette dimension territoriale dès la conception des dispositifs.

Les données transmises par la CNAM confirment l'ampleur des violences dans ces territoires : les outre-mer concentrent environ 11 % des féminicides alors qu'ils représentent 4 % de la population nationale ; le taux de victimes de violences intrafamiliales atteint environ 4 pour 1 000 habitants dans les DROM, contre 2,7 dans l'Hexagone ; les violences psychologiques au sein du couple concernent 35,8 % des femmes interrogées en Guadeloupe et 29,9 % à La Réunion, contre 10,5 % en France métropolitaine.

L'objectif ne peut donc être uniquement de multiplier les structures spécialisées. Les Maisons des femmes, centres régionaux du psychotraumatisme et unités médico-judiciaires constituent des points d'appui indispensables ; mais le droit au parcours ne peut dépendre du code postal de la victime.

Il faut simultanément consolider ces structures et organiser un parcours à partir du droit commun – médecine générale, sages-femmes, gynécologie, établissements hospitaliers, psychiatrie, avec une capacité d'orientation rapide vers une expertise spécialisée lorsque celle-ci est nécessaire.

Après plusieurs années de rapports et de dispositifs successifs, l'enjeu n'est donc plus d'établir une nouvelle fois le diagnostic. Il est d'identifier pourquoi, malgré cette accumulation de travaux, le parcours demeure fragmenté et ce que le PLFSS peut concrètement changer.

C'est à cette question que doit répondre la seconde partie du présent rapport : quels soins prendre intégralement en charge, comment financer leur coordination et comment garantir que le parcours soit réellement accessible sur l'ensemble du territoire ?

II. CONSTRUIRE UN VÉRITABLE PARCOURS DE SOINS DES VICTIMES : QUELS LEVIERS POUR LE PLFSS 2027 ?

A. GARANTIR UNE PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE RÉELLEMENT INTÉGRALE

1. Définir un panier de soins adapté et garantir sa prise en charge dans la durée

Soins somatiques, santé sexuelle et reproductive, psychotraumatisme, santé mentale, médicaments, examens : définir précisément les soins relevant du parcours et assurer leur prise en charge aussi longtemps que nécessaire.

La DSS indique ne pas disposer d'estimation du coût d'un tel panier, faute de parcours défini, et rappelle qu'il n'existe pas de panier « type », chaque prise en charge dépendant des besoins de la victime. Les dispositifs existants ne couvrent qu'une partie de ces besoins : le dispositif « Mon soutien psy », limité à douze séances par an, vise les troubles psychiques légers à modérés ; les troubles plus sévères relèvent des centres régionaux du psychotraumatisme et des centres médico-psychologiques, intégralement pris en charge mais dont l'accès reste inégal.

Recommandation – Définir et chiffrer, avec la CNAM et la DSS, un panier de soins consécutifs aux violences pris en charge dans la durée, incluant le psychotraumatisme et la santé mentale au-delà des seules séances de première intention.

2. Passer du « 100 % » théorique à l'absence réelle d'obstacle financier

La notion de « prise en charge intégrale » doit ensuite être appréciée du point de vue de la victime.

La suppression du ticket modérateur ne garantit pas, à elle seule, l'absence de dépenses. L'avance de frais, les dépassements d'honoraires, certains soins psychologiques, mais également les frais nécessaires pour se rendre jusqu'au professionnel ou à la structure compétente peuvent constituer autant d'obstacles au maintien dans le parcours.

La proposition de loi intégrale apporte déjà plusieurs réponses importantes. Son article 53 prévoit expressément la dispense d'avance de frais, la prise en charge des participations et du forfait journalier hospitalier ainsi que l'interdiction des dépassements d'honoraires. Son article 54 prévoit en outre la prise en charge, sur prescription médicale, des frais de transport vers les centres pluridisciplinaires qu'il institue. Dans sa rédaction actuelle, le droit est ouvert sans condition de dépôt de plainte : une attestation, notamment d'une maison des femmes, suffit. Le Gouvernement avait déposé un amendement réintroduisant la condition de plainte, l'avance de frais et les participations forfaitaires pour les victimes majeures, ainsi

que la suppression de la convention prévue pour les collectivités de l'article 74 et la Nouvelle-Calédonie ; cet amendement a été retiré.

Le coût de la mesure reste modeste au regard de son enjeu. À l'appui de cet amendement, le coût de la prise en charge intégrale a été estimé à 213 millions d'euros par an, sur la base des 132 300 victimes enregistrées par la police et la gendarmerie en 2025. La CNAM souligne toutefois qu'il s'agit d'un majorant : le panier retenu couvre l'ensemble des soins des bénéficiaires, et pas seulement ceux qui découlent des violences, et il suppose que toutes les victimes y recourent. Avec un taux de recours réaliste de 10 à 25 %, le coût serait plutôt de 20 à 55 millions d'euros par an.

Le PLFSS doit permettre de s'assurer que ces principes produisent réellement un zéro reste à charge pour les soins entrant dans le parcours et que les prestations nécessaires, notamment en matière de santé mentale, sont effectivement accessibles.

La question du psychotraumatisme mérite à ce titre une attention particulière. Le constat dressé par le HCE sur les centres régionaux du psychotraumatisme montre que l'obstacle ne tient pas seulement à la reconnaissance du besoin de soins : il réside également dans l'insuffisance et l'inégale accessibilité de l'offre.

Il convient donc de distinguer deux questions : qui paie le soin et qui est effectivement en mesure de le dispenser ? Un remboursement à 100 % ne constitue pas une garantie d'accès si le professionnel approprié n'est pas disponible ou si la victime doit parcourir plusieurs dizaines de kilomètres pour le consulter.

Recommandation – Garantir que la prise en charge intégrale des soins consécutifs aux violences se traduise par une absence effective d'avance de frais et de reste à charge pour la victime, sans condition de dépôt de plainte, y compris lorsque son parcours nécessite une prise en charge prolongée en santé mentale ou des déplacements ; à cette fin, inscrire ces soins parmi les cas de tiers payant obligatoire et interdire les dépassements d'honoraires dans le parcours existant des mineurs.

Les rapporteuses souhaitent en conséquence que le Gouvernement confirme son soutien à l'article 53 de la proposition de loi intégrale dans sa rédaction actuelle, et précise, dans le cadre du PLFSS pour 2027, le financement prévu pour le rendre effectif ainsi que son articulation avec les dispositifs existants de prise en charge psychologique et psychiatrique.

B. ORGANISER ET FINANCER UN PARCOURS COORDONNÉ ET ACCESSIBLE SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE

1. Identifier et financer la coordination du parcours

La création d'un parcours de soins ne peut se réduire à l'addition de prestations remboursées.

Pour une victime, le parcours peut mobiliser successivement ou simultanément un médecin généraliste, une sage-femme ou un gynécologue, les urgences, une unité médico-judiciaire, un psychiatre ou un psychologue, un centre régional du psychotraumatisme, une Maison des femmes et une association spécialisée.

La question déterminante devient alors : qui est responsable de la continuité du parcours ?

L'article 55 de la proposition de loi apporte une première réponse en consacrant la notion de « parcours de soins coordonné ». Dans sa rédaction initiale, ce dispositif est réservé aux mineurs victimes de violences sexuelles. Plusieurs amendements déposés en commission spéciale proposent toutefois de l'étendre à l'ensemble des victimes, précisément afin de mettre en cohérence le champ du parcours avec celui de l'article 53, qui concerne les victimes majeures comme mineures.

Quelle que soit l'issue de ce débat, une difficulté demeure : coordonner un parcours constitue en soi une activité qui mobilise du temps professionnel et des moyens.

Évaluer les besoins de la victime, identifier les professionnels disponibles, organiser les rendez-vous, assurer la circulation de l'information entre la ville et l'hôpital, articuler soins somatiques et santé mentale, orienter vers les associations et réévaluer les besoins dans la durée ne constituent pas des actes médicaux isolés.

Or notre système de financement rémunère plus facilement un acte qu'un parcours.

Les Maisons des femmes et certaines structures hospitalières assurent déjà une partie de cette coordination. Les associations jouent également un rôle majeur d'orientation et d'accompagnement, comme l'ont régulièrement montré les travaux de la Délégation aux droits des femmes. Mais cette fonction demeure insuffisamment identifiée et financée.

Les réponses de l'administration montrent que la question n'est pas tranchée. Pour la DGOS, l'articulation du parcours « doit reposer en priorité et, dans la mesure du possible », sur les maisons des femmes/santé, dont le déploiement dans l'ensemble des départements doit permettre de répondre à cette problématique. La CNAM fait une autre lecture : le médecin traitant doit rester « le point d'ancrage

clinique », la logistique du parcours pouvant s'appuyer sur les coordinateurs des maisons de santé pluriprofessionnelles et des centres de santé, les assistants médicaux, les dispositifs d'appui à la coordination (DAC) ou les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) ; les maisons des femmes ne constituent à ses yeux qu'« un point d'appui utile » là où elles existent. Aucun de ces acteurs n'a pour autant de mission ni de financement identifié pour coordonner le parcours des victimes.

Le décret n° 2026-910 du 30 septembre 2026 impose désormais aux agences régionales de santé de labelliser au moins une « Maison des Femmes – Santé » par département. Il confie à ces dispositifs une prise en charge sanitaire des besoins somatiques et psychiques des femmes victimes de violences, mais il est muet sur la coordination du parcours comme sur son financement, et renvoie à un cahier des charges à paraître par arrêté.

Le financement des maisons des femmes reste par ailleurs fragile. Il repose, selon la CNAM, sur une mission d'intérêt général dotée de 19,5 millions d'euros reconductibles, complétée par le fonds d'intervention régional et par la facturation de l'activité. Ces crédits sont répartis au prorata de la population des régions, et non de l'activité de chaque structure. Rapportée aux 129 structures recensées, l'enveloppe représente environ 150 000 euros par maison des femmes, quand le besoin de fonctionnement a été estimé à environ 200 000 euros par an, avant même toute mission supplémentaire de coordination ou la création des structures régionales renforcées annoncées par la DGOS. La CNAM suggère une bascule vers un financement intégralement à la dotation. Ces crédits, fondus dans l'ONDAM, n'apparaissent pas en tant que tels dans le PLFSS.

L'articulation avec les centres régionaux du psychotraumatisme doit enfin être précisée. Le cahier des charges des centres, actualisé en juin 2026, prévoit des conventions de partenariat avec les maisons des femmes, afin de former les équipes au repérage du psychotraumatisme et de définir les situations justifiant une orientation de l'une vers l'autre. La maison des femmes constitue ainsi la porte d'entrée départementale, le centre régional le recours spécialisé ; encore faut-il que ces conventions soient effectivement conclues et que la distance ne fasse pas obstacle au suivi.

Le parcours ne pourra donc devenir effectif tant que personne ne sera clairement chargé de le coordonner et que cette coordination ne sera pas elle-même financée.

Les rapporteuses proposent en conséquence d'étudier la création d'un financement spécifique de cette fonction, qui pourrait prendre la forme d'un forfait de coordination du parcours VSS, éventuellement expérimenté dans un premier temps. Ce forfait pourrait être versé à la structure ou à l'équipe chargée d'assurer l'évaluation initiale, l'orientation, l'articulation entre les différents professionnels et le suivi du parcours.

Il ne s'agit pas nécessairement de désigner partout le même acteur. Selon les territoires, cette fonction pourrait être exercée par une Maison des femmes, une équipe hospitalière, une organisation pluriprofessionnelle ou une structure territoriale associant professionnels de ville et hôpital. En revanche, le principe doit être commun : la coordination ne doit plus reposer sur la victime.

Recommandation – Expérimenter dès le PLFSS pour 2027 un financement spécifique de la coordination du parcours de soins des victimes de violences sexistes et sexuelles, permettant de rémunérer les fonctions d'évaluation, d'orientation, d'articulation entre professionnels et de suivi dans la durée, et inscrire cette mission dans le cahier des charges des maisons des femmes prévu par le décret du 30 septembre 2026.

Recommandation – Sécuriser le financement des maisons des femmes et des centres régionaux du psychotraumatisme par une dotation tenant compte de leur activité et de leurs missions de coordination, et identifier ces crédits dans une annexe au PLFSS.

Cette proposition appelle une réponse précise du Gouvernement : quel acteur doit être responsable du parcours créé par la proposition de loi – maison des femmes ou médecin traitant – et avec quel financement ?

2. Garantir un parcours sur l'ensemble du territoire

L'effectivité du parcours dépend enfin de son accessibilité territoriale.

a. La proposition de loi intégrale apporte sur ce point quelques réponses.

Son article 54 prévoit, dans sa rédaction initiale, un centre de prise en charge pluridisciplinaire des victimes de violences sexuelles dans chaque département et dans chaque collectivité régie par l'article 73 de la Constitution. Ces centres doivent assurer les soins somatiques et psychologiques, les prélèvements médico-légaux, l'accompagnement psychotraumatique, la possibilité de déposer plainte sur place ainsi que la conservation des prélèvements même en l'absence de plainte. Ils doivent coopérer avec les associations spécialisées. Les modalités de leur financement et de leur fonctionnement doivent être précisées par décret et le Gouvernement doit remettre chaque année au Parlement un rapport sur leur financement.

Le décret du 30 septembre 2026 ne reprend pas, à ce stade, l'ensemble de ces missions : il ne mentionne ni les prélèvements médico-légaux et leur conservation, ni le dépôt de plainte sur place, ni la coopération avec les associations, et ne concerne que les femmes. Le futur cahier des charges devra assurer la cohérence entre les maisons des femmes labellisées et les centres prévus par la proposition de loi.

b. La proposition de loi prévoit par ailleurs des dispositions spécifiques pour les outre-mer.

Pour les collectivités régies par l'article 74 de la Constitution et la Nouvelle-Calédonie, l'article 53 prévoit une convention entre l'État et les autorités compétentes afin de garantir une prise en charge équivalente des soins, en précisant leur périmètre, leur financement et les conditions de dispense d'avance de frais.

L'article 54 prévoit également que, dans ces territoires, les transports sanitaires ou adaptés nécessaires pour accéder à la structure de prise en charge puissent être intégralement pris en charge, sans avance de frais, lorsque la distance, l'insularité, l'enclavement, l'absence de desserte adaptée, l'état de santé ou la situation matérielle de la victime le justifient. La prise en charge pluridisciplinaire doit être organisée par convention entre l'État et les autorités compétentes, en s'appuyant prioritairement sur les structures sanitaires, hospitalières, sociales et médico-sociales existantes.

Enfin, l'article 55 prévoit, pour les collectivités relevant de compétences particulières en matière de santé ou de protection sociale, des objectifs pluriannuels d'amélioration de l'accès aux soins. Les conventions doivent notamment prévoir les conditions de prise en charge des frais d'orientation et de transport ainsi que le recours à la télésanté, aux équipes mobiles et aux dispositifs d'aller-vers lorsque l'offre spécialisée est insuffisante ou géographiquement éloignée.

Ces dispositions constituent une avancée importante : elles reconnaissent qu'un même droit peut nécessiter des modalités d'organisation et des financements différents selon les territoires.

c. Elles doivent cependant trouver leur traduction sur le terrain et le plan budgétaire.

La création d'un centre dans chaque département ou collectivité de l'article 73 suppose des professionnels formés, du temps médical et paramédical, des locaux, des capacités de coordination et des financements pérennes. Dans certains territoires, et notamment outre-mer, l'enjeu ne sera pas nécessairement de créer une structure supplémentaire mais d'organiser un réseau permettant de mobiliser l'offre existante, de financer les déplacements ou de faire venir l'expertise vers la victime.

Le droit au parcours ne peut dépendre du code postal de la victime. Mais garantir le même droit partout ne signifie pas nécessairement organiser partout exactement la même offre.

Cette approche doit être particulièrement attentive aux territoires ultramarins. L'éloignement, l'insularité, la démographie médicale ou l'absence de certaines spécialités peuvent imposer des réponses spécifiques : prise en charge renforcée des transports, équipes mobiles, télésanté, coopération entre établissements, dispositifs d'aller-vers ou financement de coordinations territoriales.

La LFSS pour 2026 a d'ailleurs déjà reconnu cet enjeu. Son article 52 prévoit une expérimentation de trois ans permettant la prise en charge intégrale par l'assurance maladie des prélèvements consécutifs à des violences sexuelles et sexistes réalisés dans le mois suivant les faits, quel que soit l'âge de la victime et même sans dépôt de plainte. Cette expérimentation doit concerner trois régions au maximum, dont obligatoirement une collectivité régie par l'article 73 de la Constitution.

La mise en œuvre de cette disposition constitue donc un premier test concret de l'égalité territoriale du parcours. Or, un an après le vote de la LFSS, l'expérimentation est toujours « en cours d'instruction » selon la DSS, et le territoire ultramarin participant n'est pas connu. Les rapporteuses souhaitent connaître précisément le territoire retenu, les difficultés rencontrées et le calendrier permettant aux victimes d'en bénéficier effectivement.

Selon la DGOS, des crédits pérennes ont été délégués aux départements et régions d'outre-mer pour y déployer au moins une maison des femmes d'ici 2027. Des structures sont d'ores et déjà ouvertes à La Réunion, en Guadeloupe, en Martinique et en Guyane. Des projets de nouvelles Maisons des femmes sont en cours de portage et/ou de montée en charge, notamment à La Réunion. Des centres régionaux du psychotraumatisme existent à La Réunion, en Guyane et en Martinique, et la Guadeloupe doit en ouvrir un en 2027. Mayotte, en revanche, n'a à ce jour aucun projet de maison des femmes ni de centre régional du psychotraumatisme, en raison des contraintes de démographie médicale et paramédicale. Les réponses de l'administration ne disent rien, enfin, des collectivités de l'article 74 et de la Nouvelle-Calédonie.

d. De nombreuses difficultés demeurent malheureusement sans réponse

Selon Mme Nestor, auditionnée par vos rapporteuses, présidente de l'Association Femmes et Police dans l'Égalité et la Diversité (AFPED), les dispositifs de prise en charge existent, mais leur articulation reste insuffisante pour garantir aux victimes un parcours cohérent et continu.

Il est essentiel de construire un véritable parcours de soins adapté aux traumatismes, reposant sur une meilleure coordination entre les acteurs, une prise en charge financière adaptée, y compris en l'absence de dépôt de plainte, et un accès à des professionnels spécifiquement formés aux violences sexistes et sexuelles.

L'objectif est aussi d'éviter aux victimes de devoir raconter indéfiniment leur histoire, au risque de raviver leur traumatisme à chaque nouvelle étape. Ce n'est pas à la victime de faire le lien entre les dispositifs : c'est au système de s'organiser autour de ses besoins.

En Guadeloupe, les besoins en professionnels de santé formés et en nombre suffisant restent importants, notamment pour la prise en charge des violences sexistes et sexuelles (VSS) et des violences intrafamiliales (VIF). Il relève de la

responsabilité du ministère de la Santé et des ordres professionnels de renforcer cette formation.

Un travail doit également être mené sur le secret médical dans les situations de violences conjugales, afin de mieux faire connaître les dispositions légales qui protègent les médecins lorsqu'ils signalent certaines situations de violences.

L'information des victimes constitue un autre enjeu majeur : comment développer des campagnes d'information permettant aux femmes de savoir vers qui se tourner et quelles démarches entreprendre lorsqu'elles subissent des violences ?

À ces difficultés s'ajoutent les problèmes de transport et de mobilité propres au territoire. Se rendre dans une Maison des femmes, au commissariat ou auprès d'un professionnel de santé peut nécessiter des déplacements longs et compliqués, qui font perdre un temps considérable aux victimes et retardent leur prise en charge.

Il ne s'agit pas de dresser un constat fataliste, mais de souligner la nécessité de construire un système de protection plus efficace, mieux coordonné et doté de véritables moyens, afin de garantir aux victimes un accompagnement adapté à leurs besoins et aux réalités du territoire.

Mme Nestor a dénoncé une situation de « double, voire de triple peine » pour les victimes de violences, qui doivent non seulement faire face aux conséquences des violences subies, mais également supporter des dépassements d'honoraires ou avancer les frais de leur prise en charge médicale. Elle a estimé que ces obstacles financiers étaient inacceptables et qu'aucune victime ne devrait avoir à payer pour accéder aux soins rendus nécessaires par les violences subies.

Mme Payet, présidente d'honneur du réseau VIF Réunion, a souligné la nécessité de renforcer l'accompagnement des victimes de violences, tout en rappelant qu'il était difficile de comparer les territoires entre eux, notamment en raison de différences dans leur organisation institutionnelle.

À La Réunion, plusieurs dispositifs de prise en charge des femmes victimes de violences sont déjà opérationnels : Maisons des femmes, unités de victimologie dans les centres hospitaliers, services de médecine légale, unités de psychotraumatisme et centre de ressources en psychotraumatisme. Une cellule de crise dédiée aux enfants devrait également être prochainement créée, avec l'espoir qu'elle puisse être activée au plus vite.

Mme Payet a insisté sur le fait que le territoire est relativement bien doté en dispositifs, mais qu'il peut surtout compter sur un tissu associatif très engagé et très actif. Elle a néanmoins identifié plusieurs difficultés.

La première concerne le manque de lisibilité des dispositifs pour le public. Les victimes ne savent pas toujours à quelle porte frapper. L'orientation fonctionne encore beaucoup par le bouche-à-oreille. Le public peut se sentir perdu dans le

maillage des dispositifs, sans bien connaître les missions de chacun ni savoir dans quel ordre les solliciter.

La deuxième concerne la sous-estimation du psychotraumatisme lié aux agressions, notamment après le dépôt de plainte. Les victimes peuvent vivre des situations particulièrement éprouvantes au cours de cette période, sans bénéficier d'un accompagnement suffisamment adapté. Mme Payet a insisté sur la nécessité de mieux prendre en charge ces traumatismes, tant pour les femmes que pour les enfants.

La troisième difficulté tient au sous-recours des femmes au système de santé. À La Réunion, les femmes victimes de violences consultent très peu, alors même qu'elles auraient particulièrement besoin de soins. Mme Payet a évoqué un véritable « désinvestissement du corps et de la maladie » : ces femmes supportent déjà l'insupportable, parfois davantage que dans l'Hexagone, et développent une forme de tolérance à la douleur. Ce sous-recours aux soins fait qu'elles échappent aux professionnels de santé, alors même que ceux-ci montent progressivement en compétence sur les violences. Elle a rappelé à cet égard que le temps de la relation avec les personnes est essentiel, et que cette responsabilité ne repose pas uniquement sur les médecins, mais également sur les infirmiers et l'ensemble des professionnels paramédicaux.

La quatrième difficulté concerne la santé sexuelle, encore trop souvent oubliée dans les parcours de prise en charge. Les violences intrafamiliales sont aussi des violences de l'intime. Pour certaines femmes, c'est parfois la première fois qu'un professionnel leur parle de sexualité ou de santé sexuelle. Mme Payet a regretté le manque de dispositifs dans ce domaine et souligné la nécessité de pouvoir aborder ces questions plus librement, dans un cadre adapté et bienveillant.

Enfin, Mme Payet a insisté sur la nécessité de lever les craintes des professionnels de santé concernant la levée du secret médical dans les situations de violences conjugales. Les médecins sont encore souvent désemparés face aux conduites à tenir et peuvent éprouver des difficultés à s'engager, notamment par méconnaissance du cadre légal qui permet, sous certaines conditions, de signaler des violences sans engager leur responsabilité. Il est donc indispensable de mieux les informer et de les accompagner dans ces démarches.

Au-delà de l'existence des dispositifs, l'enjeu est ainsi de mieux orienter les victimes, de favoriser leur accès effectif aux soins et de renforcer l'accompagnement des professionnels, en tenant compte des réalités du territoire réunionnais.

Mme Payet a également insisté sur la nécessité de renforcer la formation des professionnels à la transmission intergénérationnelle des violences, afin de mieux comprendre comment les violences peuvent se reproduire d'une génération à l'autre et d'améliorer leur prévention et leur prise en charge. Elle a indiqué qu'elle

souhaiterait être davantage sollicitée pour intervenir dans le cadre de formations consacrées à cette question, encore insuffisamment prise en compte selon elle.

Mme Payet a également souligné la nécessité de mieux prendre en compte les liens entre les violences faites aux femmes et les addictions, notamment leur impact sur les situations de violences conjugales. Cette dimension doit être davantage intégrée dans la formation des professionnels et dans l'accompagnement des victimes.

L'ensemble des interlocutrices de vos rapporteuses ont également dénoncé les difficultés financières auxquelles se heurtent les femmes victimes de violences pour accéder aux soins, en particulier les dépassements d'honoraires et l'obligation, dans certains cas, d'avancer les frais médicaux, qui constituent autant d'obstacles supplémentaires dans des parcours déjà particulièrement éprouvants.

« C'est une double, voire une triple peine ». Les femmes subissent d'abord les violences, puis leurs conséquences physiques et psychologiques, avant de devoir supporter elles-mêmes le coût des soins nécessaires à leur rétablissement. Comment peut-on demander à ces femmes de payer pour des soins dont elles ont besoin à la suite de violences qu'elles n'ont jamais choisi de subir ?

Il faut aussi évidemment garantir une véritable prise en charge financière des soins liés aux violences, sans dépassements d'honoraires ni avance de frais pour les victimes. L'accès aux soins ne devrait pas dépendre de leurs ressources financières, alors même que les violences peuvent déjà fragiliser considérablement leur situation économique. Il s'agit de faire en sorte que les victimes n'aient pas à supporter, en plus des violences subies, le coût de leur propre reconstruction.

Mme Payet a également alerté sur les conditions de délivrance des téléphones grave danger (TGD). Elle a regretté que les associations soient progressivement transformées en « guichets de distribution » : dès lors que le parquet reçoit un dépôt de plainte, un TGD peut être attribué, mais la circulaire ne prévoit pas suffisamment le travail d'information et d'accompagnement qui devrait être mené auprès des personnes qui en bénéficient.

« On donne le TGD, mais après, c'est tout », a-t-elle résumé. Les associations restent pleinement mobilisées, mais elles se retrouvent bien seules pour assurer ce suivi, sans disposer des moyens nécessaires. Mme Payet a notamment indiqué qu'elles pouvaient avoir à gérer quatre ou cinq TGD par jour, sans que les moyens d'accompagnement suivent. Elle a insisté sur le fait que la délivrance du TGD doit impérativement s'accompagner, dès le départ, d'une information claire et d'un véritable accompagnement des victimes. La remise d'un dispositif de protection ne peut, à elle seule, tenir lieu de prise en charge.

Mme Nestor a, pour sa part, attiré l'attention sur les conséquences des violences sexistes et sexuelles sur la vie professionnelle et économique des victimes. Elle a notamment évoqué les arrêts de travail liés aux violences et leurs répercussions sur les revenus, l'emploi et l'autonomie financière des femmes. Elle

a souligné la nécessité de mieux prendre en compte ces conséquences économiques dans les dispositifs d'accompagnement, afin que les victimes n'aient pas à subir, en plus des violences, une précarisation de leur situation professionnelle et financière. Mme Nestor a également insisté sur la nécessité de faire des entreprises des lieux sûrs pour les femmes victimes de violences : c'est « à la victime d'être au centre du cercle ». Mme Payet a souligné que l'entreprise peut être un lieu de protection et de dévoilement des violences, et qu'elle doit à ce titre être intégrée à la chaîne de prise en charge.

Enfin, toutes deux ont insisté sur l'urgence d'agir contre les violences numériques, qui touchent particulièrement les jeunes femmes, cibles privilégiées de ces nouvelles formes de violences, et appelé à avancer très rapidement sur ce sujet, tant en matière de prévention que de protection et de prise en charge des victimes.

Recommandation – Garantir dans chaque territoire l'accès aux fonctions essentielles du parcours – accueil, soins, psychotraumatisme, orientation, coordination et suivi – en consolidant les structures spécialisées lorsqu'elles existent et en organisant une réponse territoriale adaptée lorsqu'elles sont absentes.

Recommandation – Prévoir un volet spécifique aux outre-mer dans le financement du parcours de soins, permettant notamment de couvrir les surcoûts liés aux transports, à l'éloignement de l'offre spécialisée, aux équipes mobiles, à la télésanté et aux dispositifs d'aller-vers, assorti d'un calendrier de déploiement des maisons des femmes et des centres régionaux du psychotraumatisme dans chaque territoire ultramarin, y compris à Mayotte, et du maintien de la convention prévue pour les collectivités de l'article 74 et la Nouvelle-Calédonie.

L'enjeu du PLFSS pour 2027 est ainsi moins de créer un dispositif supplémentaire que de financer les conditions concrètes d'un parcours dont le principe est désormais largement reconnu.

La proposition de loi intégrale pose les principaux droits : absence d'avance de frais et de reste à charge, interdiction des dépassements d'honoraires, centres pluridisciplinaires, parcours coordonné de prise en charge du psychotraumatisme et adaptations territoriales.

Le PLFSS doit désormais répondre à quatre questions : quels soins finance-t-on ? pendant combien de temps ? qui finance et assure la coordination ? comment garantit-on l'accès effectif au parcours dans tous les territoires ?

C'est à ces quatre conditions que l'on pourra passer d'un droit au parcours à un parcours réellement accessible aux victimes.

CONCLUSION

Le constat est désormais partagé : les violences sexistes et sexuelles sont un enjeu de santé publique et les dispositifs de prise en charge existent, mais ils ne forment pas encore un parcours. Faute d'une coordination identifiée et financée et d'une prise en charge réellement intégrale, c'est encore à la victime de relier les dispositifs, d'avancer les frais et de se déplacer – une « double, voire triple peine ». Les réponses de l'administration le confirment : personne ne sait aujourd'hui chiffrer le coût des violences pour l'assurance maladie, et la responsabilité de la coordination n'est pas tranchée.

La proposition de loi intégrale fixe l'ambition, et le décret du 30 septembre 2026 engage le maillage départemental des maisons des femmes ; le PLFSS pour 2027 doit leur donner les moyens. Il lui revient de répondre à quatre questions : quels soins finance-t-on, pendant combien de temps, qui finance et assure la coordination, et comment garantit-on l'accès effectif au parcours dans tous les territoires ?

Les outre-mer doivent être au cœur de cette exigence et non à sa marge. Les violences y sont plus fréquentes, l'offre spécialisée plus fragile, et Mayotte reste dépourvue de toute structure dédiée. L'éloignement, l'insularité et le sous-recours aux soins appellent des réponses adaptées – prise en charge renforcée des transports, équipes mobiles, télé santé, aller-vers, formation des professionnels – et un financement dédié. La mise en œuvre de l'expérimentation prévue par l'article 52 de la LFSS pour 2026, toujours en cours d'instruction, en constituera un premier test : les rapporteuses attendent du Gouvernement qu'il en précise le territoire ultramarin retenu et le calendrier.

Garantir le même droit partout ne signifie pas organiser partout la même offre, mais faire en sorte que le droit au parcours ne dépende jamais du code postal de la victime. Ce n'est pas à la victime de s'adapter au système : c'est au système de s'organiser autour de ses besoins.

TRAVAUX DE LA DÉLÉGATION

I. AUDITIONS MINISTRES

– Audition de M. Jean-Pierre Farandou, ministre du travail et des solidarités, Mme Stéphanie Rist, ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, M. David Amiel, ministre de l'action et des comptes publics, et Mme Camille Galliard-Minier, ministre déléguée auprès de la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, chargée de l'autonomie et des personnes handicapées, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2027 (n° 3211) 2

Mercredi 7 octobre 2026 Séance de 17 heures

Présidence de M. Frédéric Valletoux, *président*

La réunion commence à dix-sept heures.

(Présidence de M. Frédéric Valletoux, président)

La commission entend M. Jean-Pierre Farandou, ministre du travail et des solidarités, Mme Stéphanie Rist, ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, M. David Amiel, ministre de l'action et des comptes publics, et Mme Camille Galliard-Minier, ministre déléguée auprès de la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, chargée de l'autonomie et des personnes handicapées, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2027 (n° 3211).

M. le président Frédéric Valletoux. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2027 a été déposé jeudi dernier. Nous commençons nos travaux par l'audition des ministres, que je remercie d'avoir répondu à notre invitation, et la discussion générale du texte.

M. David Amiel, ministre de l'action et des comptes publics. Je voudrais rappeler le cadre financier dans lequel s'inscrit ce projet de loi de financement de la sécurité sociale. Chacun connaît le contexte dans lequel nous nous trouvons. Quand les taux d'intérêt flambent, on ne peut pas regarder ailleurs. Depuis la clôture de la session extraordinaire, le 21 juillet, les taux d'intérêt de la dette française ont augmenté de près de 1 point. Si elle était durable, cette augmentation de 1 point représenterait une charge supplémentaire pour les comptes publics de 36 milliards

d'euros. C'est la raison pour laquelle l'élection présidentielle et les échéances à venir ne peuvent servir de prétexte pour mettre la tête dans le sable.

Les six prochains mois ne peuvent pas être ceux d'un grand décrochage dont notre pays paierait ensuite le prix pendant des années. Pourtant, les premiers votes qui ont eu lieu aujourd'hui en commission des finances ont d'ores et déjà conduit à dégrader de près de 4 milliards d'euros le déficit public pour l'année 2027. Ce n'est que le début des débats et ils vont se poursuivre, mais j'insiste avec gravité sur le fait que le Gouvernement, s'il reste ouvert sur le « comment », c'est-à-dire sur les mesures, tant en dépenses qu'en recettes, sera ferme sur le « combien », c'est-à-dire sur un déficit public n'excédant pas 5 % du produit intérieur brut. C'est ce que nous devons à notre pays, à sa stabilité financière, aux prochains gouvernements et aux prochains présidents de la République, parce qu'une telle dégradation de nos comptes publics ne serait pas tenable.

Les débats en matière sociale auront une place toute particulière, puisque le déficit de la sécurité sociale sera supérieur à 20 milliards d'euros en 2026, comme en 2025. Des décisions ont été prises en cours d'année. Dans le champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), 1,1 milliard d'euros a été mis en réserve. Des mesures réglementaires sont intervenues dans le domaine de la santé et un gel des allègements généraux a été décidé dès le 1^{er} juin. Conserver un niveau aussi élevé de déficit public serait toutefois intenable pour la sécurité sociale. Des réponses urgentes sont nécessaires.

C'est le sens du projet de loi de financement adopté jeudi en Conseil des ministres. Il propose de ramener le déficit social à 12,7 milliards d'euros en 2027, soit une réduction de plus de la moitié par rapport à ce que nous aurions connu sans les mesures prises depuis le printemps, qui aurait été de l'ordre de 30 milliards d'euros. En tenant compte de ces mesures, mais avant celles proposées lors de cet automne budgétaire, le déficit serait de 22,6 milliards d'euros.

Les 16 milliards d'euros d'effort sur la sécurité sociale que nous suggérons dans le cadre de ce budget relèvent pour deux tiers de mesures d'économie et pour un tiers de mesures en recettes. C'est grâce à ce redressement que nous pourrions continuer à financer notre système de soins, en particulier les traitements les plus efficaces et innovants, et à assurer la protection de tous.

Cet effort dans le champ de la sécurité sociale contribue à l'objectif de 5 % de déficit public pour l'année prochaine. L'État y prendra toute sa part, et même la première part, puisque hors défense et prélèvements sur recettes, ses dépenses seront gelées en euros courants par rapport à 2026.

La maîtrise des dépenses sociales doit tenir compte de la situation de nos concitoyens. Nous proposons donc de maintenir l'indexation des pensions les plus modestes tout en laissant la possibilité à nos successeurs, dans une logique de réversibilité, de revaloriser les pensions plus élevées par voie réglementaire dès leur prise de fonction. Dans une année marquée par la tenue de l'élection présidentielle,

c'est une liberté inédite que nous souhaitons ainsi leur ménager, quels qu'ils soient. Le revenu de solidarité active, le minimum vieillesse et l'allocation aux adultes handicapés restent par ailleurs pleinement indexés sur l'inflation, en tout cas dans le projet de budget que nous présentons.

Concernant les médicaments, nous devons concentrer les remboursements sur les traitements dont l'efficacité est démontrée pour continuer à financer les innovations thérapeutiques, ce qui implique d'en revoir d'autres, comme cela a d'ores et déjà été indiqué par la ministre de la santé cet été. Concernant les arrêts de travail, dont le coût augmente fortement, une partie des mesures devra faire l'objet d'une négociation avec les partenaires sociaux. La prévention devra y trouver toute sa place.

La lutte contre la fraude devra également contribuer au redressement des comptes publics en préservant les ressources de la sécurité sociale et la confiance de ceux qui la financent. Toutefois, elle ne dispense pas de réformer le système ni de maîtriser durablement ses dépenses.

Le débat parlementaire, dont notre échange aujourd'hui constitue une première étape, doit permettre de trouver les voies d'un accord. Nous ne serons jamais sectaires à propos des mesures. Des alternatives peuvent à chaque fois être proposées. Elles méritent d'être débattues et construites ensemble. En revanche, nous devons collectivement être fermes sur le « combien », parce qu'il y va de la soutenabilité de notre système de protection sociale et, au-delà, de l'ensemble de nos comptes publics.

M. Jean-Pierre Farandou, ministre du travail et des solidarités. Comme le ministre Amiel l'a rappelé, le contexte est difficile. Nous avons néanmoins agi en prenant des décisions qui ont eu des conséquences, j'espère positives, pour la protection sociale en général.

L'année dernière, nous avons réussi à voter un projet de loi de financement de la sécurité sociale avec une cible de déficit de 19,6 milliards d'euros. Ce n'est pas rien parce que si nous avions échoué, ce déficit aurait atteint 30 milliards.

Cette année, vous avez voté une loi contre la fraude sociale et fiscale. Elle accentue la lutte contre le travail dissimulé, qui concerne le projet de loi de financement de la sécurité sociale, et la fraude à la formation, dont nous verrons les effets dans le projet de loi de finances. La transposition d'un accord sur les ruptures conventionnelles individuelles rapportera 1 milliard d'euros à l'Unedic. Comme certains parlementaires le savent, nous nous sommes par ailleurs battus pour obtenir la révision d'un règlement européen injuste pour les travailleurs transfrontaliers français, et surtout très injuste pour l'Unedic. À terme, cette dernière récupérera 860 millions d'euros supplémentaires.

Notre ligne pour la construction des deux budgets, que je regroupe volontiers, est claire. Premièrement, nous avons des priorités et nous faisons des choix assumés. Deuxièmement, nous voulons redresser nos comptes pour assurer

notre souveraineté et la sauvegarde de notre protection sociale. La participation à ce redressement doit faire l'objet d'un effort justement réparti.

S'agissant des publics, la jeunesse, qui exprime des attentes fortes comme le montre l'actualité, constitue ma priorité. Je veux également poursuivre les efforts en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes, que j'ai engagés dans d'autres secteurs de mon ministère, tout en protégeant les plus fragiles. C'est encore plus important quand les temps sont durs.

Vis-à-vis de la jeunesse, notre responsabilité est de lui donner les moyens de construire son futur. Je me suis battu, avec succès, pour préserver les crédits nationaux de l'apprentissage, à la fois pour l'aide aux entreprises et le financement des formations. J'ai même obtenu 130 millions d'euros supplémentaires pour renforcer les formations sur les métiers d'avenir ou répondant à des objectifs de souveraineté, ainsi que pour construire un fonds destiné aux centres de formation d'apprentis en difficulté. J'ai aussi pu préserver 270 000 contrats d'engagement jeunes qui sont autant de mains tendues à des jeunes en difficulté scolaire ou familiale.

Mon engagement en faveur de l'insertion professionnelle des jeunes est clair mais, au-delà de leur situation, plus d'emplois signifie plus de cotisations. Il ne faut jamais l'oublier. Cette logique guide mon action dans le plan Emploi futur, qui s'adresse aux jeunes, comme dans le plan national pour l'emploi dans l'industrie de défense, qui prévoit le recrutement de 100 000 personnes d'ici à 2030, le plan Impulsion IA 2027 ou des plans pour l'emploi des seniors.

Pour revenir au projet de loi de financement de la sécurité sociale, son ambition est de sauvegarder notre protection sociale en divisant quasiment par deux le déficit de la sécurité sociale pour le ramener à 12,7 milliards d'euros. C'est une première étape essentielle pour un retour à l'équilibre, nécessaire et possible, en 2030. Sans initiatives nouvelles, le déficit atteindrait 22,6 milliards d'euros. Il serait irresponsable de rester inactif et de refuser les mesures de freinage et de redressement, car cette dette sociale concourt à fragiliser en profondeur nos modèles sociaux et joue sur l'appréciation négative des marchés vis-à-vis de la France. Il faut agir.

Notre trajectoire de retour à l'équilibre repose sur deux piliers : ne pas renoncer aux priorités ; demander un effort partagé et proportionné. Le budget que nous proposons sert l'intérêt général. Il assume des choix, recherche des économies là où cela se justifie et protège les plus fragiles. Cet effort de redressement n'a de sens que s'il est au service de nos priorités. C'est tout le contraire d'un coup de rabet indifférencié. Concernant les retraites, nous protégeons les pensions les plus modestes et nous proposons des évolutions structurées du système pour le rendre soutenable. Nous avons pris l'engagement qu'aucune pension ne baisserait et que les petites pensions seraient revalorisées à hauteur de l'inflation. Nous avons d'ailleurs déployé un bouclier anti-inflation pour les plus fragiles, c'est-à-dire les

bénéficiaires du revenu de solidarité active, de l'allocation aux adultes handicapés, du minimum vieillesse et donc des petites pensions de retraite.

La contribution demandée aux retraités nous semble proportionnée à plusieurs égards. Tout d'abord, l'effort est partagé. Comme l'a rappelé David Amiel, l'État montrera l'exemple, puis les entreprises, les personnes aisées, les actifs, et, enfin, les retraités. Sans action corrective, les dépenses de retraite augmenteraient mécaniquement de 14 milliards d'euros en 2027, pour atteindre 436 milliards d'euros.

Les sommes sont colossales et il faut en prendre la mesure. Cela tient à deux réalités connues de cette commission : le vieillissement de la population et l'indexation des pensions sur l'inflation. L'effet cumulé de cette dernière depuis 2020 coûtera 50 milliards d'euros pour la seule année 2027. Ce chiffre démontre que le débat est légitime car les enjeux financiers sont considérables et pèsent lourd sur l'équilibre des comptes.

Ensuite, l'effort demandé sur la revalorisation des pensions est équilibré. Les retraités représentent 25 % de la population et leur contribution à l'effort global ne serait que d'environ 10 %. Alors que les dépenses de retraite constituent la moitié de la dépense sociale, il ne me semble pas illogique de faire appel à la solidarité des retraités. Plusieurs possibilités ont été ouvertes dans les deux budgets. La revalorisation partielle des retraites sera peut-être discutée dès aujourd'hui. Une autre proposition, qui relève du projet de loi de finances, a connu un succès relatif en commission. Nous verrons comment avance le débat parlementaire et quelle combinaison paraît la plus adaptée pour atteindre le quantum recherché. Ce dernier est le plus important. Pour le reste, nous serons ouverts à la discussion.

Il nous a parfois été reproché de ne pas engager de réformes structurelles. Je mets donc en débat une idée qui est en germe dans le projet de loi de financement et qui pourrait être étendue. À l'image de ce qui existe dans les entreprises avec les négociations annuelles obligatoires, nous pourrions réfléchir à la mise en place d'un système de négociations annuelles pour la revalorisation des retraites. En tant que financeurs, puisque les entreprises paient les cotisations patronales et les salariés les cotisations salariales, les partenaires sociaux ont toute légitimité pour participer à la discussion. Le dernier mot resterait à l'État, qui prendrait ses responsabilités pour fixer le niveau de revalorisation.

Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale poursuit également un objectif d'égalité des pensions entre les femmes et les hommes. La place des femmes au travail est un sujet qui m'est cher. L'amélioration de la pension des mères et la facilitation de leur accès à la retraite anticipée ont été votées l'an dernier. Cette année, nous proposons un mécanisme simple, redistributif et favorable à l'égalité pour les droits familiaux. Certaines majorations liées au nombre d'enfants sont proportionnelles au montant des pensions. Le résultat est paradoxal. Alors que les femmes ont plus souvent des carrières interrompues, notamment pour élever leurs enfants, et des pensions plus faibles, près de 62 % des sommes versées au titre

des majorations bénéficient aux hommes. Il n'est pas normal qu'un enfant n'ouvre pas les mêmes droits selon que vous êtes un homme riche ou une femme pauvre. Nous proposons de corriger ce que nous considérons une anomalie. Le budget alloué à ces droits familiaux restera inchangé car nous n'avons aucune intention de restriction budgétaire. Ce serait une mesure de flux : les nouvelles dispositions s'appliqueraient aux pensions calculées à compter du 1^{er} juillet 2027.

Concernant les entreprises, nous leur demandons de participer au redressement collectif, tout en soutenant celles en difficulté, notamment celles qui ont subi les conséquences des importants incendies de l'été 2026 en Gironde et ailleurs. Après les reports de cotisations déjà accordés, nous proposons de faciliter leur reprise d'activité et leurs prochaines embauches grâce à des exonérations. C'est une aide exceptionnelle de 50 millions d'euros.

Dès lors que nous demandons aux actifs et aux retraités de participer au redressement des comptes publics, il est cohérent que les entreprises y contribuent. Le levier qui relève de mon ministère concerne les allègements généraux. Dans ce projet de loi de financement, le Gouvernement propose un ajustement technique fondé sur une logique simple, consistant à intégrer dans le calcul l'ensemble des éléments de rémunération sans pour autant remettre en question leur régime social et fiscal favorable aux salariés. Les allègements généraux restent un des plus importants engagements financiers de l'État. L'objectif est de rendre le système cohérent, équitable et moins lourd pour les finances publiques. Au total, les allègements généraux seraient corrigés de 3,7 milliards d'euros. Je suis d'ailleurs prêt à ouvrir le débat sur ce mécanisme, voire à envisager une remise à plat du système, qui génère des effets non désirés à l'image des trappes à bas salaire. Les organisations patronales ont fait des propositions en ce sens.

S'agissant des salariés les plus aisés, nous envisageons une participation au redressement des comptes reposant sur la même exigence de correction des anomalies et de justice sociale. Le régime socio-fiscal des indemnités de départ peut conduire à ce que des rémunérations très importantes soient très peu mises à contribution. La réforme envisagée, avec une harmonisation autour d'un seuil commun et une limitation des plafonds d'exonération à près de 50 000 euros, ne toucherait que les 5 % des indemnités les plus élevées, ce qui signifie que 95 % des salariés ne seraient pas concernés. Pour une prime de départ de 120 000 euros par exemple, actuellement exonérée jusqu'à deux fois le plafond annuel de la sécurité sociale, le différentiel de cotisations salariales serait de 5 000 euros. C'est à la fois une mesure de simplification et d'équité.

Redresser les comptes de la sécurité sociale doit se faire collectivement, dans le respect des partenaires sociaux et du paritarisme. C'est ce que nous avons fait pour le redressement des comptes de la branche accidents du travail et maladies professionnelles et pour la contribution, avec ma collègue Stéphanie Rist, au redressement de la branche maladie, grâce à une réforme en profondeur des arrêts de travail.

Nous avons commencé à remettre la branche accidents du travail et maladies professionnelles sur une trajectoire durable. La convergence avec les partenaires sociaux permettra d'en améliorer les comptes à hauteur de 800 millions d'euros l'an prochain. Pour les arrêts de travail, nous venons d'ouvrir le chantier. J'ai adressé aujourd'hui un courrier aux partenaires sociaux pour les inciter à discuter. Ils ne découvrent pas le sujet. Lors de la Conférence sur le travail, l'emploi et les retraites, le dérapage des arrêts maladie a été pointé et le diagnostic est partagé. Des économies importantes sont attendues grâce à cette réforme, à hauteur de 1 milliard d'euros pour les charges sociales, auxquelles s'ajoutera l'effet d'une évolution de la fiscalisation des indemnités journalières.

Nous voulons mieux protéger les arrêts courts en étendant la protection de tous les salariés. Ils sont trois millions à ne bénéficier d'aucun complément de la part de leur employeur. À l'inverse, certains arrêts longs dépassent largement les durées de référence recommandées par la Haute Autorité de santé. Je n'irai pas plus loin dans mon explication car je suis en train d'empiéter sur les prérogatives de la ministre de la santé.

En conclusion, notre ligne tient en peu de mots : assumer les choix prioritaires ; regarder la réalité en face ; protéger ceux qui en ont le plus besoin ; demander à chacun un effort à la mesure de ses capacités ; passer par le dialogue social chaque fois que c'est possible. Nous vous présentons un projet qui doit pouvoir évoluer au fil de la discussion parlementaire, avec l'objectif commun un budget réduisant notre déficit sans empêcher le prochain gouvernement d'effectuer ses propres choix. Notre responsabilité est grande. J'espère partager avec vous l'ambition de sauver notre modèle social.

Mme Stéphanie Rist, ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées. Avant de présenter les principales orientations du texte dans le champ de mon ministère, je ferai deux remarques. La première concerne notre méthode, qui est celle du dialogue dans le respect du rôle de chacun. Le Gouvernement présente une orientation. Le Parlement pourra l'amender et proposer des solutions alternatives mais ces dernières devront satisfaire les deux impératifs qui s'imposent à nous : rétablir progressivement nos comptes sociaux et continuer à protéger les Français, demain comme sur le long terme.

Ma seconde remarque tient au moment que nous traversons. Deux mots devraient nous guider : lucidité et action. Nous devons regarder en face la situation de nos comptes sociaux et éviter l'attentisme, qui équivaut à encourir la brutalité d'options futures qui ne manqueront pas de s'imposer en cas d'inaction présente. Nous avons encore la liberté de réformer pour protéger. Il faut nous en saisir.

Il y a un an, nous avons réussi à adopter un projet de loi de financement de la sécurité sociale dans un contexte macroéconomique et géopolitique difficile. Il n'a échappé à personne que la situation ne s'était pas améliorée, qu'elle s'était même aggravée. Dans ce contexte, l'inaction n'est pas une option. Deux objectifs nous guident, à la fois contenir le déficit de la sécurité sociale et continuer

d'améliorer la vie de nos concitoyens en renforçant notre protection sociale. Nous n'avons pas attendu ce projet de loi de financement. Dès cet été, nous avons pris pour 1,5 milliard d'euros de mesures courageuses. Avec ce texte, nous assumons un objectif ambitieux de près de 10 milliards pour diviser par deux notre déficit et le contenir à 12,7 milliards d'euros, au lieu de 22,6 milliards d'euros.

L'effort collectif en matière de santé repose notamment sur 1,3 milliard d'euros de baisse de prix des médicaments, 1,7 milliard d'euros de contributions macroéconomiques, 2 milliards d'euros de réduction des dépenses liées aux arrêts maladie, dont 1 milliard d'euros ayant un impact sur l'Ondam, et 500 millions d'euros de transfert de charges liées à l'hôpital aux complémentaires, qui s'ajoutent à la reconduction de la contribution de 1,1 milliard d'euros pour atteindre un niveau d'effort équivalent à celui de l'année dernière.

Toutefois, j'insiste sur le fait que ce projet de loi de financement ne diminue pas la dépense. Il en restreint l'augmentation. Les moyens pour la santé, l'autonomie et les familles augmentent de plus de 14 milliards d'euros. L'Ondam progressera de plus de 2 %, soit davantage que l'inflation. Nos établissements de santé bénéficieront d'un objectif en hausse de plus de 3 %.

Maîtriser la dépense ne veut pas dire moins protéger, mais protéger mieux et dans le temps. Trois priorités ont été retenues concernant mon portefeuille. La première est l'accès aux soins. L'objectif de 5 000 maisons France Santé d'ici à la fin de l'année prochaine offrira à chacun une solution de prise en charge à moins de 30 minutes et sous 48 heures lorsque l'état de santé le nécessite. Il est également prévu de consolider le modèle économique des centres de santé et de mieux valoriser l'engagement des professionnels qui prennent en charge davantage de patients, notamment les plus fragiles. Ce projet de loi de financement prévoit en outre 3 milliards d'euros supplémentaires pour l'hôpital, afin de garantir la stabilité de ses tarifs en moyenne, de mettre en place la protection sociale complémentaire de ses agents et de poursuivre les investissements, notamment pour l'adaptation climatique.

La prévention est la deuxième priorité. Nous souhaitons amplifier le mouvement engagé depuis 2017. La dépense la plus utile est celle qui évite la maladie, l'hospitalisation ou la perte d'autonomie. Ce projet de loi de financement facilite la vaccination des personnes âgées et fragiles partout où elle est utile, et développe la couverture territoriale des actions de dépistage et de prévention. Dans un pays où la moitié des adultes est en situation de surpoids ou d'obésité, nous assumons aussi la taxation des aliments transformés trop sucrés et contenant des additifs.

Enfin, la troisième priorité est la protection des enfants et l'accompagnement des familles. Malgré la baisse de la natalité, nous devons préserver les capacités d'accueil et garantir aux parents davantage de solutions collectives. Le congé de naissance, plébiscité, poursuit sa montée en charge. Le plan

Crèches soutiendra le secteur et nous continuerons résolument à améliorer la prise en charge des enfants protégés.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale n'élude pas les difficultés. Au contraire, il fait le choix de les traiter pour que nous conservions des marges de manœuvre. Le débat parlementaire l'enrichira pour, peut-être, trouver des solutions alternatives, car notre modèle social est le ciment de la solidarité. C'est notre responsabilité pour les Français d'aujourd'hui et pour les générations futures.

Mme Camille Galliard-Minier, ministre déléguée auprès de la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées, chargée de l'autonomie et des personnes handicapées. Les politiques de l'autonomie répondent à une forte attente. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2027 traduit cette priorité par une progression de 2,5 % des dépenses de la branche autonomie, qui atteindront 44,4 milliards d'euros. Il prévoit une hausse de 2,6 % de l'objectif global de dépenses, soit une progression supérieure à celles de l'Ondam, qui est de 2 %, et de l'inflation, qui est prévue à 1,8 %. Au total, les politiques de l'autonomie bénéficieront de 900 millions supplémentaires, ce qui démontre l'engagement du Gouvernement envers les personnes âgées ou en situation de handicap. La branche autonomie réduit par ailleurs son déficit à 0,2 milliard d'euros en 2027 contre 0,3 milliard en 2026.

Concernant les personnes âgées, nous devons relever le défi de la transition démographique que la France va connaître. En 2030, une personne sur quatre aura plus de 60 ans. En 2050, ce sera près d'une personne sur trois. Dans le même temps, le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans doublera et, à cet horizon, notre pays comptera environ 700 000 personnes supplémentaires en situation de perte d'autonomie, portant leur nombre à 2,8 millions.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2027 apporte des réponses aux priorités énoncées dans la Mobilisation France Autonomie. Des moyens sont alloués pour poursuivre le recrutement de professionnels supplémentaires en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et développer l'offre d'accompagnement à domicile, par la création de places dans les services de soins infirmiers à domicile ainsi que de centres de ressources territoriaux, l'objectif étant d'en compter 500 en 2030.

Dans une logique de prévention de la perte d'autonomie et afin de permettre à chacun d'agir pour vieillir en bonne santé, nous renforçons les politiques vaccinales en levant notamment les freins financiers à la vaccination dans les établissements pour personnes âgées.

Le projet de loi de financement incarne aussi un nouvel élan pour accompagner la transformation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en maisons France Autonomie, son article 39 créant un mécanisme d'intéressement à la mise en œuvre de ce mouvement. L'ambition est

de faire évoluer le modèle de financement pour valoriser la prévention de la perte d'autonomie, la qualité des accompagnements et l'efficacité.

Un fonds de 140 millions d'euros permettra d'attribuer des bonus aux établissements sur la base d'indicateurs de qualité et d'efficacité, comme la diminution des hospitalisations évitables, la baisse de la consommation de médicaments, la prise en compte de l'iatrogénie médicamenteuse et, plus globalement, le déploiement d'actions concrètes de prévention de la perte d'autonomie. Au-delà de l'amélioration de l'accompagnement des personnes âgées, cette mesure pourrait contribuer à réduire de 6 % les hospitalisations évitables, soit une économie estimée à 59 millions d'euros par an, et de 3 % les séjours anormalement longs, ce qui représenterait au total une économie annuelle de 160 millions d'euros.

La transformation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes passe également par des mesures de simplification pour les gestionnaires. La fusion des sections soins et dépendance est une avancée majeure. Depuis le 1^{er} juillet 2025, 1 570 établissements fonctionnent avec un forfait global unique. Les structures interrogées demandent sa pérennisation. Les vingt-trois départements engagés dans l'expérimentation souhaitent la poursuivre et toutes les fédérations demandent sa généralisation. Elle devait s'achever le 31 décembre 2026 ; le projet de loi de financement la prolonge jusqu'au 31 décembre 2027, cette année supplémentaire permettant une concertation avec les départements en vue d'une généralisation. D'autres mesures de simplification concernant les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sont à l'étude avec les acteurs, notamment s'agissant des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, des coupes Pathos, des états des prévisions de recettes et de dépenses, du régime des autorisations.

Concernant les politiques en faveur des personnes en situation de handicap, l'enjeu est de construire une société pleinement accessible. Le 4 septembre, le Président de la République a pris seize engagements déclinés en soixante-cinq mesures pour passer d'une société inclusive à une société pleinement accessible. Le projet de loi de financement engage la première étape, c'est-à-dire des solutions d'accompagnement nouvelles, l'accès aux soins, la transformation des établissements en dispositifs de coordination intégrée et le soutien aux aidants.

Ce projet de loi de financement poursuit le programme des 50 000 solutions en y consacrant 180 millions d'euros en 2027 afin de proposer, pour les enfants comme les adultes, des réponses diversifiées, territorialisées et orientées vers le parcours de vie. Il poursuit également le déploiement des pôles d'appui à la scolarité, conformément aux trois priorités de la Conférence nationale du handicap en matière de scolarisation, c'est-à-dire l'école pour tous, l'amélioration du parcours des élèves et la simplification de la vie des familles.

L'accès aux soins et à la santé des personnes en situation de handicap est aussi une priorité. Le projet de loi de financement instaure une consultation longue

pour les personnes en situation de handicap, parce que le temps consacré à définir une prise en charge adaptée doit être reconnu. Il prévoit également le déploiement de dispositifs dédiés et identifiés pour l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, comme Handiconsult et Handibloc.

Par ailleurs, la Conférence nationale du handicap de 2026 inscrit son action dans la continuité de la transformation du secteur médico-social engagée depuis près de dix ans vers une société accessible et une évolution de l'offre au bénéfice des personnes en situation de handicap.

Le projet de loi de financement tient les engagements pris envers les personnes âgées pour plus de professionnels, davantage d'accompagnement à domicile et une transformation des établissements d'hébergement. Il honore également les promesses faites aux personnes en situation de handicap afin de poursuivre le déploiement de nouvelles solutions. C'est un point de départ pour un dialogue que je souhaite riche, constructif et à la hauteur des enjeux.

M. Thibault Bazin, rapporteur général. Passer d'un déficit de la sécurité sociale de 21,8 milliards d'euros en 2026 à 12,7 milliards en 2027 est extrêmement ambitieux. Or certaines des mesures proposées, en tout cas dans leur forme initiale, me semblent difficiles à faire adopter par l'Assemblée nationale dans sa configuration actuelle. Il nous faut pourtant trouver un chemin acceptable, en limitant les irritants, pour réussir à redresser nos comptes.

S'agissant des recettes, j'ai recueilli l'opinion défavorable de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et des départements au sujet de l'article 13, mais j'aimerais connaître les raisons qui ont conduit le Gouvernement, à rebours de tous nos efforts de l'an dernier, à choisir de compliquer les choses. La contribution sociale généralisée introduite par Michel Rocard pour financer les régimes obligatoires de la sécurité sociale sera un tuyau supplémentaire pour soutenir les départements dans le versement de l'allocation personnalisée d'autonomie et de la prestation de compensation du handicap, en se substituant partiellement aux concours classiques de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. À court terme, le mouvement est présenté à somme nulle. Mais les dynamiques des deux canaux pourraient se déconnecter. Or le taux de couverture de la prestation de compensation du handicap n'est déjà pas satisfaisant, puisqu'il manque 1,5 milliard d'euros pour atteindre les 50 %.

Je souhaiterais également connaître les répercussions de la nouvelle taxe sur les dispositifs médicaux, prévue à l'article 9 pour les très petites et les petites et moyennes entreprises qui produisent en France. Certaines m'annoncent déjà envisager des plans sociaux. Le combat à mener me semblerait inverse, c'est-à-dire soutenir l'excellence dans notre pays pour faire face à la concurrence.

En ce qui concerne la branche maladie, quel regard portez-vous sur une mesure qui n'est pas dans le texte déposé mais qui avait été envisagée au début de

l'été, à savoir l'exonération de délai de carence des arrêts prescrits pour une dysménorrhée d'endométriose ?

S'agissant des retraites, la forfaitisation de la majoration pour enfants serait individuellement favorable aux petites pensions, souvent celles des femmes. À l'échelle des foyers, l'effet pourrait cependant être différent. Avez-vous prévu des correctifs pour les couples pénalisés par rapport au système actuel ? Pour ce qui est de la désindexation, les seuils envisagés sont trop bas et la marge de manœuvre du pouvoir réglementaire trop large. En outre, pourquoi s'imposerait-elle aussi aux retraites complémentaires même en cas d'accord des partenaires sociaux ?

Concernant la branche famille, je regrette que des économies soient réalisées sur les prestations familiales. La modification des bases envisagée affecterait-elle l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et celle versée en cas de décès d'un enfant ? Le cas échéant, le signal serait scandaleux pour un effet budgétaire négligeable. Autre regret, vous voulez faire prendre en charge par la branche famille la totalité des indemnités maternité pendant la grossesse, alors qu'elles me semblent relever du champ de la santé. Dans un contexte de dénatalité, je plaide au contraire pour utiliser l'excédent de la branche famille pour financer des mesures d'accompagnement des parents et des futurs parents, ainsi que des professionnels de la petite enfance. Cela permettrait de soutenir le taux d'emploi, surtout des mères.

Cette mention du taux d'emploi me fait revenir à la branche vieillesse. Deux sujets m'inquiètent. Tout d'abord, la suspension de la réforme des retraites a aussi reporté le bénéfice de la surcote parentale. Je ne pense pas que le législateur l'avait en tête. Ensuite, même si les décrets sur le seuil d'écèlement du cumul entre l'emploi et la retraite n'ont pas encore été publiés, j'observe, lors de mes rendez-vous sur le terrain, que les 7 000 euros envisagés pourraient désinciter au travail.

Beaucoup d'autres sujets pourraient être évoqués. J'espère que vous aurez à cœur de nous apporter, à mes corapporteurs et à moi-même, des réponses circonstanciées pendant toute la durée de nos débats.

Mme Camille Galliard-Minier, ministre déléguée. Vous avez évoqué le montant de contribution sociale généralisée qui serait alloué aux départements. Cette mesure ne changerait rien à la mission de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, qui resterait la clé de voûte des politiques de l'autonomie. Elle verse chaque année 5 milliards d'euros de concours pour la prestation de compensation du handicap et l'allocation personnalisée d'autonomie. Les 300 millions d'euros de la contribution sociale généralisée seraient répartis entre les départements selon les mêmes clefs. Nous proposons d'allouer une ressource à la fois propre, dynamique et pérenne aux départements, ce qui leur permettrait de gagner en visibilité et en autonomie financière, puisque d'autres ressources n'ont pas ces caractéristiques. Néanmoins, le pilotage national, c'est-à-dire la péréquation, resterait entre les mains de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Si cette mesure était adoptée, le montant serait fléché vers les politiques de l'autonomie.

Mme Stéphanie Rist, ministre. S’agissant de la création d’une taxe sur les dispositifs médicaux, le secteur connaît une croissance soutenue qui a, en moyenne, dépassé 4,7 % par an entre 2022 et 2025. Or la clause de sauvegarde ne concerne que les dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus, c’est-à-dire hospitaliers. La dépense étant très dynamique en ville, nous proposons une nouvelle contribution couvrant également ce périmètre. Ainsi, la clause de sauvegarde retrouvera son rôle de filet de sécurité. Le rendement attendu est de 150 millions d’euros. Je suis consciente que cette contribution pourrait avoir un impact sur les entreprises françaises, mais c’est également le cas de la clause de sauvegarde actuelle, qui ne repose en outre que sur une petite partie des producteurs de dispositifs médicaux.

Concernant les arrêts maladie liés à l’endométriose, des concertations sont en cours avec les partenaires sociaux. Je ne voudrais pas en préempter l’issue. Nous avançons néanmoins sur le dépistage et la prise en charge. Nous devons poursuivre nos efforts dans ce domaine, qui présente un enjeu majeur pour la santé des femmes.

S’agissant de la modification des bases, le montant des prestations sociales est maintenu à son niveau de 2026. Il n’y a pas de baisse. Des efforts sont demandés pour un an et partagés par tous, puisque les aides au logement et une partie des pensions sont concernées. Les minima sociaux, comme le revenu de solidarité active ou l’allocation aux adultes handicapés, restent, en revanche, indexés. Pour répondre précisément à votre question, dans le texte qui vous est proposé, l’allocation d’éducation de l’enfant handicapé et l’allocation versée en cas de décès sont gelées.

M. Jean-Pierre Farandou, ministre. L’égalsation de la majoration pour enfants par un forfait est une mesure d’égalité, à la fois entre les femmes et les hommes et entre les personnes aux carrières différentes. La notion de forfaitisation existe aussi pour les allocations familiales. Cette mesure n’est pas dictée par une volonté de restriction budgétaire. S’il a pu y avoir un malentendu, je tiens à le lever. Il s’agit de poursuivre les actions engagées pour reconnaître la place des femmes au travail et dans la retraite. Tout ce qui va dans ce sens me semble positif. Nous pourrions être attentifs à des situations particulières mais le principe est celui-ci. Le Parlement pourra évidemment en débattre.

S’agissant de l’indexation, le seuil de 1 260 euros nets, qui correspond à 85 % du salaire minimum interprofessionnel de croissance, est connu, car déjà utilisé pour d’autres mesures. Le second seuil, autour de 2 000 euros, est plus arbitraire. Ils pourront être débattus, tout comme la notion de valorisation partielle. Vous aurez l’occasion d’y revenir et je serai attentif aux amendements déposés.

En matière de taux d’emploi, tout ne se joue pas dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale. En favorisant l’emploi, en permettant à des jeunes ou à des moins jeunes d’y accéder, on augmente la masse salariale, donc les recettes. Nous n’oublions pas cette dimension, qui contribue au retour à l’équilibre des comptes.

Le cumul emploi-retraite est l'une des rares mesures que le Parlement a votées l'année dernière. Il n'y en a pas eu beaucoup et il faut donc la mettre en valeur. Elle est assumée. Nous voulions éviter l'effet d'aubaine pour des salariés qui auraient été tentés de continuer leur activité tout en étant à la retraite. J'ai entendu les groupes de pression s'exprimer. Je ne dis pas que vous en faites partie, monsieur le rapporteur général, mais certains députés s'en cachent à peine. Mon rôle est de préserver les comptes de la sécurité sociale. Le seuil que nous avons défini engendre 2 milliards d'euros d'économies et, à un moment où nous cherchons à en faire davantage, je n'ai pas spontanément envie de le remettre en cause.

Nous souhaitons diminuer le nombre de cumuls emploi-retraite au profit des retraites progressives : cet objectif est atteint. Les comportements se sont adaptés. La retraite progressive est un dispositif plus juste puisque les personnes sont payées à hauteur de leur travail et perçoivent une pension correspondant à la réduction de leur activité, ce que les caisses de retraite peuvent supporter.

Mieux encadrer le cumul emploi-retraite était une décision courageuse, qui anticipait l'intensification de l'effort de rigueur que nous demandons cette année. Je ne serai pas favorable à un retour en arrière.

Mme Christine Loir, rapporteure pour la branche autonomie. La branche autonomie, créée pour permettre à chacun de vivre dignement malgré la dépendance et le handicap, est encore jeune. Pourtant, elle arrive à un moment de vérité. Nous devons regarder la réalité en face. Si des choses ont été faites, beaucoup de promesses n'ont pas été tenues et le choc démographique est là.

Comme rapporteure, j'auditionne les acteurs de l'autonomie et j'entends partout les mêmes alertes sur les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes à bout de souffle, les services à domicile qui ne couvrent pas leurs coûts, les professionnels épuisés, les réformes annoncées mais parfois décalées et toujours complexes, les dispositifs de soutien dont certains établissements ne parviennent plus à se saisir, etc.

La réalité est qu'un droit sur le papier ne suffit pas. Une personne peut avoir le droit à vingt heures d'aide mais, si aucun professionnel ne peut se déplacer à son domicile, son droit n'existe pas. Une personne peut être éligible à une prestation mais, si elle y renonce parce que son accès est trop ardu, trop cher ou trop loin, le système a échoué. Or qui prend le relais face à ces situations ? Ce sont souvent la famille, le conjoint et même les enfants. On ne peut pas construire une politique de l'autonomie sur l'épuisement des proches.

Le projet de loi de financement fixe les dépenses à 44,4 milliards d'euros et vous prévoyez déjà que le déficit se creusera jusqu'à 1,6 milliard en 2030. Mais ce budget finance-t-il réellement les besoins ? La loi de programmation avait arrêté une trajectoire avec des plafonds d'évolution de 4,2 % pour les établissements et services pour personnes âgées et de 3,1 % pour ceux accueillant des personnes handicapées. Pourquoi votre texte en retient-il d'autres, moins dynamiques ?

Quelles sont les raisons du décrochage alors que les difficultés de recrutement perdurent ? Quelles mesures ne seront pas financées ou seront reportées ?

M. Louis Boyard, rapporteur pour la branche famille. Nous n'allons pas faire semblant de croire que ce budget va exister puisque tout le monde a déjà annoncé qu'il votait contre son adoption. Tout cela finira avec une ordonnance ou avec l'article 49, alinéa 3, de la Constitution. Je ne pense pas que vous croyiez non plus à ce budget, mesdames et messieurs les ministres. Vous dites que c'est un texte de responsabilité pour assurer la relance économique alors que le pays est au bord de la récession. Les gens n'arrivent déjà pas à s'en sortir avec le prix de l'essence et l'inflation. Comment le pourront-ils avec les annonces que vous faites ?

Seuls trois articles concernent la branche famille parce que vous avez contourné le vote du Parlement par décret, mais je peux quand même citer quelques mesures. Les Français seront heureux des 600 millions d'euros en moins d'allocation de rentrée scolaire. Vous réduisez le financement des crèches de 500 millions d'euros quand vous aviez précédemment annoncé un plan de soutien de 90 millions d'euros. Quant au gel des prestations familiales, ce sont aussi 500 millions d'euros qui auraient dû être soumis au vote de l'Assemblée nationale. Comme vous avez été battus l'année dernière à ce sujet, vous avez trouvé une petite combine pour passer par décret. Mais nous vous censurerons quand même !

L'article qui empêche les étrangers d'accéder aux prestations familiales par un délai de carence est particulièrement pitoyable. Vous reprenez le programme du Rassemblement national. Votre agonie politique est crépusculaire. Pourquoi ces coupes budgétaires qui n'ont aucun sens ? Comment allez-vous faire pour l'allocation de rentrée scolaire ? Comment allez-vous fermer des places en crèche alors que les parents n'en trouvent déjà pas ? Comment pouvez-vous geler les prestations familiales alors que les gens ne s'en sortent pas ? Surtout, comment pouvez-vous assumer le programme du Rassemblement national ? Le gain pour la branche famille ne sera que de 0,000129 %. Ce n'est pas une mesure économique. C'est une mesure démagogique.

Enfin, nous aimerions disposer des annexes à ce projet de loi de financement pour pouvoir travailler. C'est probablement le signe que vous ne croyez pas vous-mêmes à ce budget. Vivement votre censure et l'élection présidentielle ! Qu'elle arrive le plus tôt possible servirait les Français !

Mme Camille Galliard-Minier, ministre déléguée. La rapporteure a indiqué que le budget de la branche autonomie serait sacrifié alors qu'elle a bénéficié de 8 milliards d'euros supplémentaires depuis 2022. Ce n'est pas le signe d'un abandon mais d'un soutien massif.

Dans ce projet de loi de financement, l'augmentation du budget de l'autonomie est de 2,5 % et celle de l'objectif global de dépenses de 2,6 %, ce qui est supérieur à l'inflation. Nous avons lancé la Mobilisation France Autonomie pour faire face au défi démographique et trouver des solutions avec l'ensemble des

acteurs. Un article du texte prévoit la création d'un fonds pour soutenir la transformation des établissements, leur permettre de mieux accompagner les personnes et de mieux valoriser les métiers.

Vous avez rappelé que nous avons besoin des professionnels, à la fois dans les établissements et à domicile, et vous avez souligné le rôle des aidants. C'était la Journée des aidants hier. Or ce sont parfois de très jeunes enfants qui doivent être aidés. C'est la raison pour laquelle nous avons prévu, dans la Conférence nationale du handicap, une mesure de sensibilisation des enseignants. Les salariés peuvent bénéficier d'un congé de proche aidant. Il existe également l'allocation journalière de présence parentale. Nous devons certainement améliorer la lisibilité de l'offre mais depuis le plan 50 000 solutions décidé en 2023, 1 000 solutions de répit supplémentaires sont aussi disponibles.

Notre politique doit être exigeante, à la hauteur des demandes des Français. L'augmentation des moyens et les mesures nouvelles proposées pour les personnes âgées et pour celles en situation de handicap vont dans ce sens. Toutefois, ces efforts se concrétiseront uniquement si le budget est voté.

Mme Stéphanie Rist, ministre. Monsieur Boyard, ce n'est pas votre premier projet de loi de financement de la sécurité sociale. Vous savez que certaines mesures sont en lettres et d'autres en chiffres, les unes créant du droit et les autres déterminant des montants. Pour l'allocation de rentrée scolaire, nous proposons une mesure d'économie qui donnera lieu, une fois le texte voté, à un décret. Mais celui-ci n'est pas encore pris. Nous aurons un débat sur un meilleur ciblage de cette allocation.

Concernant les crèches, elles bénéficieront de financements supplémentaires à hauteur de 90 millions d'euros, 30 millions d'euros en 2026 et 60 millions d'euros en 2027. C'est une réponse d'urgence puisque vous savez que nous travaillons, avec les acteurs du secteur, à une réforme structurelle du modèle économique, qui n'est plus viable, compte tenu des changements d'habitudes et de la baisse de la natalité. L'aide prévue dans le projet de loi de financement préviendra la fermeture de 600 crèches. La revalorisation de 0,5 % de la prestation de service unique, après une revalorisation de 0,75 % l'an dernier, permettra également de soutenir les assistantes maternelles et le développement de maisons d'assistantes maternelles. Il faut apporter des solutions aux jeunes couples qui veulent travailler.

S'agissant du délai de carence, la mesure ne s'accompagne pas d'une condition de nationalité. Du point de vue des volumes, elle concernerait essentiellement l'aide personnalisée au logement des personnes qui viennent de l'étranger et qui ne travaillent pas. Elle figurait dans plusieurs propositions de lois votées par l'Assemblée nationale mais le Conseil constitutionnel l'avait considérée inconstitutionnelle en raison de son champ trop large et sa durée trop longue. Nous avons essayé de mieux la cibler en la limitant à un an.

L'annexe 5 et l'annexe 9 sont publiées. Les autres le seront prochainement, dès que quelques sujets techniques seront réglés. Nous sommes encore tôt dans la procédure législative. Néanmoins, ayant été parlementaire et rapporteure, je sais préférable qu'elles soient disponibles rapidement.

Mme Sandrine Runel, rapporteure pour la branche vieillesse. C'est la deuxième année que je suis rapporteure pour la branche vieillesse. La première fois, nous avons réussi à obtenir la suspension de la réforme des retraites. Cette année, à la lecture du projet de loi de financement, j'ai bien compris que nous n'obtiendrions rien.

Tout d'abord, il est inadmissible et injuste de désindexer les pensions au-delà de 1 260 euros. Savez-vous quel est le seuil de pauvreté ? Il approche les 1 400 euros pour une personne seule. Avec 1 260 euros, c'est à des retraités déjà pauvres que voulez enlever du pouvoir d'achat et du pouvoir de vivre.

Par ailleurs, la branche vieillesse verrait son déficit se creuser pour atteindre 4,8 milliards en 2027, soit 38 % du déficit de la sécurité sociale. Malgré cela, vous ne voulez toujours pas aller chercher des recettes où elles se trouvent, c'est-à-dire dans la poche des plus riches.

Enfin, comme cela a été rappelé par mes collègues rapporteurs de branche, on ne peut pas laisser au pouvoir réglementaire le soin de décider de la désindexation totale ou de la sous-indexation des pensions. Que comptez-vous faire pour les tranches au-dessus de 1 260 euros, les désindexer complètement ou les sous-indexer ? À partir de quel montant de pension trouve-t-on grâce à vos yeux ? Votre réversibilité a un coût, celui de la démocratie.

Mme Danielle Simonnet, rapporteure pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles. Le travail tue, blesse, casse les corps et les têtes. Et le Gouvernement punit les travailleurs. Trois d'entre eux meurent chaque jour au travail, autant que les morts par homicide. Les accidents du travail ou de trajet et les maladies professionnelles sont en hausse depuis dix ans. D'ailleurs, quand les derniers chiffres seront-ils enfin disponibles ?

Plutôt que de s'attaquer aux causes, le Gouvernement cherche 800 millions d'euros à économiser dans la branche. Ces 800 millions correspondent à la baisse du taux de cotisation des employeurs, le cadeau d'Élisabeth Borne au patronat pendant la bataille des retraites. Vous videz les caisses d'un côté et vous faites des économies sur le dos des victimes de l'autre, en plafonnant les indemnités journalières à 1,8 fois le salaire minimum, en limitant leur versement à quatre ans et en les fiscalisant. Or ce ne sont pas des revenus. Ne faites pas payer aux victimes la réparation que le patronat leur doit !

Le meilleur moyen de réduire les dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, n'est-ce pas plutôt de réduire le nombre de morts au travail, le nombre de travailleurs blessés ou rendus malades par le travail ? La cause des accidents du travail et des maladies professionnelles, c'est l'organisation de

l'entreprise, les cadences infernales, le sous-effectif, la précarité, l'absence de formation, les horaires atypiques, l'intérim et la sous-traitance, l'exposition aux produits chimiques cancérigènes, le management toxique. Les employeurs en sont responsables et, lorsque des accidents ou des maladies surviennent, leur sous-déclaration coûte très cher à l'assurance maladie.

Pourquoi ne pas restaurer les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail qui offraient aux travailleurs un cadre dédié à l'examen des sujets relatifs à la sécurité et aux conditions de travail ? Remettons les travailleurs au cœur de la prévention et renforçons les moyens de l'inspection du travail !

En ce mois d'octobre où nombre de collègues arborent le ruban rose, qu'attendons-nous pour reconnaître le cancer du sein comme maladie professionnelle ? De nombreuses études en ont démontré l'origine professionnelle multifactorielle comme le travail de nuit, les rayonnements ionisants ou les expositions aux pesticides et aux produits d'entretien. En outre, les femmes sont particulièrement touchées par les troubles musculosquelettiques et les risques psychosociaux. La réactualisation et la création de nouveaux tableaux des maladies professionnelles dépendent du compromis social, mais les représentants patronaux freinent des quatre fers. Allez-vous cesser de freiner avec eux ?

M. Jean-Pierre Farandou, ministre. Notre objectif est de maîtriser le dérapage des comptes de la branche vieillesse. Si on ne fait rien, il atteindra 14 milliards d'euros. Il y a tout un pan des dépenses auquel nous ne toucherons pas car il faudrait une réforme structurelle. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale n'est pas le lieu pour en discuter. Nous avons néanmoins la possibilité, déjà utilisée par plusieurs gouvernements, de ne pas revaloriser les retraites à hauteur de l'inflation. Notre parti pris est d'inscrire les comptes de la sécurité sociale sur une trajectoire de redressement. Si nous voulons gagner une dizaine de milliards d'euros, il n'est pas anormal de demander des efforts à tout le monde.

Pour les entreprises, nous proposons une réduction des allègements généraux. Leurs réactions montrent que nous avons touché un point sensible. Nous aurons peut-être l'occasion d'y revenir lors de nos échanges. Pour les salariés aisés, nous souhaitons homogénéiser le régime des indemnités en cas de rupture du contrat de travail et cibler les plus élevées d'entre elles.

Nous souhaitons aussi faire appel à la solidarité des retraités en leur demandant de contribuer à hauteur de 10 % de l'effort global, alors qu'ils représentent 25 % de la population. Cela ne me semble pas anormal, même si vous pouvez avoir un point de vue différent. Nous proposons de combiner des mécanismes de sous-indexation et une suppression de l'abattement de 10 %. C'est notre position de départ mais nous sommes ouverts au débat. Nous pourrions envisager un système différent dans lequel la réévaluation annuelle des pensions serait discutée avec les partenaires sociaux, qui sont les financeurs. L'État, qui rend compte devant le Parlement, conserverait néanmoins le dernier mot.

Savoir s'il faut demander aux retraités de contribuer à la maîtrise des dépenses liées aux retraites pose une question philosophique. Nous pensons qu'il le faut et nous avons fait une proposition en ce sens, largement ouverte au débat. D'autres peuvent penser le contraire et ils s'exprimeront sans doute. Nous avons fait le choix d'utiliser la voie réglementaire pour laisser la possibilité à ceux qui gouverneront après l'élection présidentielle d'agir vite et, s'ils le souhaitent, de revenir sur certains dispositifs. Notre intention n'était pas de court-circuiter le Parlement mais de jouer le jeu de la démocratie. Là encore, nous pourrions en débattre.

S'agissant de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, qui n'est financée que par les employeurs, je partage le constat d'un trop grand nombre d'accidents du travail. La tendance est globalement à la baisse mais malheureusement à la hausse pour les accidents mortels. Comme vous, madame Simonnet, je suis favorable à la prévention. Nous avons renforcé le plan Santé au travail, qui a été présenté en mai et qui couvrira les quatre prochaines années. Des cibles prioritaires ont été identifiées, parmi lesquelles les jeunes et les primo-arrivants. Un chapitre est consacré à la santé des femmes au travail. Les risques psychosociaux et la santé mentale sont également évoqués. Ce sont des domaines dans lesquels les entreprises doivent progresser. Un nouveau chantier a été ouvert en cours d'année à propos des chaleurs extrêmes, car les canicules affectent la santé des travailleurs. Des voyages d'études ont été organisés pour identifier les meilleures pratiques en Europe et essayer de les dupliquer en France.

Pour ce qui est des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, la fonction existe toujours. Elle relève maintenant des comités sociaux et économiques. La proximité avec le terrain me semble plus importante que l'instance. Quant aux tableaux des maladies professionnelles, des procédures existent et elles doivent être respectées. Les évolutions relèvent du paritarisme. Je suis favorable au dialogue social et à la prise en compte des positions de tous ceux qui y participent.

M. le président Frédéric Valletoux. Nous en venons aux interventions des orateurs des groupes.

Mme Joëlle Mélin (RN). Ce projet de loi nous demande d'approuver des équilibres budgétaires que nous ne pouvons en aucun cas vérifier. Qu'en est-il de sa sincérité ? En 2026, le déficit devait être de 19,4 milliards d'euros. Le Gouvernement l'a rectifié à 21,8 milliards d'euros. Pour 2027, il l'annonce à 12,7 milliards d'euros, tout en reconnaissant que la masse salariale progressera difficilement de 1,6 % cette année, au lieu des 2,3 % prévus. Chaque année, les hypothèses sont trop optimistes et nous devons voter des rectifications. La trajectoire envisagée le confirme, puisqu'elle prévoit 14,4 milliards d'euros de déficit en 2028 et 17 milliards d'euros en 2030. C'est également le discours de la présidente du Haut Conseil des finances publiques. Que dire en outre des 115 milliards d'euros de plafond d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de

sécurité sociale et de certains régimes spéciaux, c'est-à-dire autant que la dette de la Caisse d'amortissement de la dette sociale ?

Quant à sa lisibilité, la commission d'enquête visant à lever les incertitudes budgétaires en matière de sécurité sociale, dont j'ai eu l'honneur d'être rapporteure, a établi que nous votions des tableaux d'équilibre biaisés. Alors que seuls les régimes de base sont présentés, l'article liminaire nous fait approuver un solde qui englobe la Caisse d'amortissement de la dette sociale mais exclut l'assurance chômage et les retraites complémentaires. C'est une somme d'environ 168 milliards d'euros sur laquelle nous ne décidons de rien.

En 2024, l'excédent de 15,6 milliards d'euros de la Caisse d'amortissement de la dette sociale a permis d'approuver un article liminaire en excédent, tout en votant un déficit des régimes de base. Cette année, l'article liminaire affiche un excédent de 0,2 point de produit intérieur brut et le solde des branches sera présenté après transferts. Sans cela, l'écart que nous aurions à vérifier dépasserait 17 milliards d'euros. Les clefs de répartition étant elles aussi modifiées, les comptes qui nous sont présentés et les différents tableaux deviennent totalement illisibles, voire dénués de sens.

Par ailleurs, le Gouvernement veut encore faire payer les Français. L'an dernier, l'Assemblée nationale a supprimé l'article 18 sur les franchises, avec nos voix. Le gouvernement avait dit qu'il ne passerait pas en force. Or cet été, par décret, les plafonds ont été portés de 50 à 70 euros. D'autres décrets ont également relevé le ticket modérateur pour pouvoir transférer 1,5 milliard d'euros vers les complémentaires. Quant à l'article 12, il prolonge la surtaxe sur les mutuelles. Malheureusement, transférer une dépense ne la fait pas disparaître.

La taxe sur les produits sucrés, ces douceurs qui servent parfois de récompense, rapporterait 0,3 milliard, une somme limitée au regard des dépenses. Mais elle pèsera lourd sur le pouvoir d'achat quotidien des Français et sur nos filières.

La désindexation des pensions procurerait 4,14 milliards d'euros d'économies sur les retraités dont les pensions dépassent 1 260 euros par mois. Le seuil de pauvreté, qui correspond à 60 % du revenu médian, est fixé à 1 337 euros pour une personne seule. Il est au-dessus du montant proposé par le Gouvernement alors qu'il correspond à une pauvreté sévère.

Je pourrais accumuler les exemples. Le Parlement a déjà tranché ces questions. Dès lors, je vous ferai gagner du temps. Je n'ai aucune question à vous poser sur ce septième projet de loi de financement de la sécurité sociale du mandat. Ces budgets répètent toujours les mêmes erreurs et produisent donc toujours les mêmes effets.

Mme Annie Vidal (EPR). Ce budget nous place face à nos responsabilités. Redresser nos comptes n'est pas une fin en soi mais la condition pour préserver notre modèle social et les générations futures. Cette vision sous-tend une trajectoire

ramenant le déficit public à 5 % du produit intérieur brut au prix d'un effort global de 54 milliards d'euros. Nous la soutenons.

Pour le budget de la sécurité sociale, l'effort de 10 milliards d'euros sur le solde limitera le déficit à 12,7 milliards d'euros. L'Ondam progressera de 2 %, soit 5,5 milliards d'euros de plus, ce qui assurera la stabilité des tarifs hospitaliers. Dire qu'il s'agit d'un budget d'austérité, c'est mentir aux Français. C'est un budget de responsabilité, qui comporte malgré tout 13,3 milliards d'euros d'augmentation des dépenses.

Nous soutiendrons l'indexation différenciée des pensions car cette mesure est proportionnée. Elle préserve les plus fragiles et évite une dégradation du système de retraite. En outre, les efforts seront partagés par les salariés, notamment les bénéficiaires des indemnités de rupture du contrat de travail les plus élevées, par les organismes complémentaires ou encore par les industriels du médicament et des dispositifs médicaux.

L'article 7 prévoit d'intégrer les compléments de salaire dans le calcul des allègements généraux, ce qui affectera le montant des cotisations de 3,7 milliards d'euros. Notre groupe reste attaché à la stabilité du coût du travail, non pour faire des cadeaux aux entreprises contrairement à la caricature qu'en font certains, mais pour préserver la croissance indispensable pour retrouver des marges de manœuvre budgétaires et politiques. Par conséquent, pourrions-nous explorer d'autres voies ?

J'ai défendu, à plusieurs reprises, la dispensation des médicaments à l'unité. Je me réjouis de l'avancée figurant dans le projet de loi de financement, tout en m'interrogeant sur sa limitation aux antibiotiques. Est-ce une première étape ? Par ailleurs, à combien estimez-vous le montant du forfait transitoire versé aux agents de la fonction publique hospitalière au titre de la participation de l'employeur à leur contrat de protection sociale complémentaire ? Quel est l'état d'avancement des négociations à ce sujet ? Enfin, à l'article 31, quel sera l'impact de la réforme de la convergence des tarifs de radiothérapie pour les secteurs public et libéral ?

S'agissant de la prise en charge de la dépendance, permettez-moi une certaine surprise. Hormis la loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie, peu de mesures ont été prises en faveur de ce secteur depuis 2022. Il accuse un déficit massif et structurel. Le bonus qualité est le bienvenu mais il ne doit pas être financé par une réorientation du fonds de soutien aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en difficulté. Les établissements fragilisés, qui sont souvent les structures publiques, risquent de l'être davantage.

L'annexe 5, consacrée à l'Ondam et aux dépenses de santé, confirme que la trajectoire de financement de la stratégie décennale relative aux soins palliatifs a été respectée. Je m'en réjouis. En d'autres temps, j'aurais souhaité augmenter ce montant mais le contexte ne le permet pas.

Monsieur le ministre du travail, vous avez déjà répondu aux questions que je voulais poser à propos de l'ouverture du dialogue avec les partenaires sociaux. Quel sera le calendrier ? Par ailleurs, comment améliorer le contrôle des arrêts de travail et doter nos caisses primaires d'assurance maladie d'outils plus performants pour le diligenter ?

Mme Anaïs Belouassa-Cherifi (LFI-NFP). La colère gronde dans notre pays. Pourtant, vous persévérez et vous signez. Alors que des milliers de lycéens et d'étudiants luttent pour un droit à l'avenir, vous proposez un budget qui l'assombrit fortement. Lorsque vous vous en prenez aux aides personnalisées au logement, qui font partie des rares aides auxquelles les étudiants peuvent prétendre, vous mettez en péril leur capacité à se loger, à poursuivre des études et à manger. Avec ce budget de la sécurité sociale, vous assumez que la jeunesse n'ait droit à aucun avenir et qu'elle constitue une variable d'ajustement. Il faut attendre plus longtemps pour se soigner et être moins bien indemnisé lorsqu'on est malade et arrêté.

Que se passe-t-il quand le droit à l'avenir semble condamné ? La colère gronde, et ce n'est pas étonnant. Après dix ans de macronisme, 15 % des Français sont pauvres. Ils renoncent à se soigner, à se nourrir et à se chauffer, parce que vous avez délibérément décidé d'exonérer les grandes fortunes de notre pays du moindre effort. Il faudrait descendre de votre tour d'ivoire, prendre conscience de ce qui se passe sur le terrain et comprendre que les jeunes ou les plus âgés, les personnes dans l'emploi ou au chômage, tous vont être touchés par ce budget délétère.

Le projet que vous nous proposez prévoit 12 milliards d'euros de coupes, dont 6 milliards d'euros pour la santé, 4,1 milliards d'euros pour les retraites et 1,6 milliard d'euros pour les familles. Pendant ce temps, la Caisse d'amortissement de la dette sociale continue de rémunérer les marchés financiers et vous persistez dans votre politique d'affaiblissement de la sécurité sociale avec une multitude d'exonérations de cotisations.

Alors que nous venons de vivre un été caniculaire, qui a montré notre système de santé en grande difficulté, vous présentez un budget où l'hôpital public paie encore une fois la facture. Tant pis pour les lits qui manquent, le personnel en souffrance, les patients qu'il faut trier faute de moyens, les locaux délabrés ou les heures d'attente interminables aux urgences ! Depuis dix ans, vous organisez la pénurie et vous demandez aux établissements de fonctionner toujours plus vite, avec toujours moins.

Tous les soignants nous le disent, il est devenu impossible d'aider les autres sans se sacrifier soi-même. Beaucoup jettent l'éponge et changent de métier face à la maltraitance institutionnelle. Tel est le système de santé que vous laissez aux Français. Vivement 2027 !

Pour acheter la non-censure de l'extrême droite, le droit différencié semble devenu votre nouvelle matrice. L'instauration d'un délai de carence d'un an pour certaines prestations sociales est un choix de société qui fragilise notre pacte

républicain. Pendant un an, des personnes qui vivent ici, qui étudient ici, qui élèvent leurs enfants ici pourraient être privées d'une aide à laquelle les autres ont droit.

S'agissant des retraités, je ne comprends pas votre position. Vous prévoyez de leur retirer du pouvoir d'achat alors qu'ils se trouvent déjà dans une grande difficulté. Le gel des pensions supérieures à 1 260 euros touchera les plus modestes, puisque le montant retenu est en dessous du seuil de pauvreté.

Concernant la politique familiale, vous assumez de prendre pour cible les enfants. Le taux de pauvreté des moins de 18 ans est de pratiquement 22 % mais vous réduisez d'un quart l'allocation de rentrée scolaire et vous diminuez les allocations familiales. Madame Rist, vous avez annoncé le gel de l'allocation versée en cas de décès d'un enfant et de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé, ce qui est détestable.

Cette année encore, vous présentez un budget de maltraitance sociale qui touchera tout le monde, quel que soit son âge. La France n'en peut plus de vous. Les citoyens sont à bout de souffle. Vivement le 2 mai 2027 !

M. David Amiel, ministre. La députée Mélin nous a interpellés sur la sincérité budgétaire. Je suis étonné de cette remarque car l'exposé des motifs de l'article liminaire indique que « *le champ des administrations de sécurité sociale (Asso) correspond [...] à un ensemble plus large que celui des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (Robss) [...] puisqu'il inclut notamment les régimes de retraite complémentaire, l'assurance chômage [...], ainsi que la Caisse d'amortissement de la dette sociale* ». Effectivement, la Caisse d'amortissement de la dette sociale dégage un excédent structurel puisque nous sommes dans un univers où la dette doit être remboursée.

La situation décrite dans cet article liminaire n'empêche pas le débat sur les régimes obligatoires de base de sécurité sociale, comme nous le constatons depuis le début de cette audition. Rien n'est caché et le vote du Parlement est exhaustif, si je puis dire. C'est également sur ce fondement que le Haut Conseil des finances publiques est saisi.

Que le Rassemblement national aille sur le thème de la sincérité, deux jours après la présentation de son « contre-budget » Potemkine, m'a surpris. Une économie de 3 milliards d'euros sur les retraites dès 2027 y est annoncée sans plus de précisions. Ce n'est pas une mince affaire, que ce soit du point de vue budgétaire, social ou démocratique. Comment comptez-vous y parvenir, surtout en baissant parallèlement l'âge de départ, ce qui aura également un coût ? D'ailleurs, vous dites prévoir 15 milliards d'euros d'économies mais aussi 10 milliards d'euros de dépenses.

Pour ce qui est de la maladie, une économie de 3 milliards d'euros sur les affections de longue durée est attendue. Là encore, ce n'est pas une mince affaire, ni budgétairement ni socialement. Le minimum d'honnêteté serait d'expliquer aux Français comment vous pensez atteindre un tel objectif. Vous critiquez

l'augmentation du plafond des franchises médicales mais cette mesure cachée, à propos de laquelle vous n'avez pas souhaité donner de détails, semble beaucoup plus brutale. En matière de sincérité, nous n'avons manifestement pas de leçon à recevoir du Rassemblement national.

Mme Stéphanie Rist, ministre. Nous avons pris un décret concernant les franchises médicales cet été. Effectivement, lors du dernier projet de loi de financement, nous nous étions engagés à ne pas le faire. Mais le contexte est désormais différent. Avec la guerre dans le détroit d'Ormuz, nous avons été contraints de prendre des mesures et de relever les deux plafonds de 50 à 70 euros, ce qui entraîne une augmentation moyenne du reste à charge de 10 euros par an. Néanmoins, 18 millions de Français parmi les plus fragiles ne paient pas ces franchises. Ce sont les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, les femmes enceintes et les mineurs.

Nous souhaitons créer une taxe sur les produits emballés qui sont trop sucrés et qui comportent des additifs. Vous avez parlé de douceur et de récompense. Or ces produits contribuent à ce que 17 % des enfants de notre pays soient obèses. Contrairement à ce que vous essayez de faire croire, cette taxe ne va pas faire baisser le pouvoir d'achat car son rendement n'est pas élevé. Elle vise surtout à inciter les industriels à changer leurs recettes et à diminuer la quantité de sucre. Aujourd'hui, 80 % des enfants mangent, chaque jour, plus de sucre que ce qui est recommandé, ce qui entraînera une explosion des dépenses de sécurité sociale en 2035. Tout le monde parle de prévention : nous avons décidé de l'inscrire dans le texte.

Comme Annie Vidal, j'ai défendu la délivrance à l'unité des médicaments et des progrès ont eu lieu depuis 2017. Dans certains cas, nous l'avons autorisée pour éviter des pénuries. Elle est également possible pour les antibiotiques et les stupéfiants. Cette évolution s'accompagne toutefois de difficultés matérielles, à la fois dans la dispensation, dans la gestion du reliquat des boîtes et dans le suivi. Il faut également revoir la tarification du médicament, puisque celle-ci est établie à la boîte.

Concernant la protection sociale complémentaire, les discussions ont commencé au mois de janvier avec Amélie de Montchalin. Elles se poursuivent avec David Amiel. Les premières enveloppes ne nous convenaient pas. Nous avons obtenu leur augmentation. J'espère que les discussions pourront aboutir dans les prochains jours et que nous pourrions annoncer une mesure transitoire pour 2027, en l'occurrence un forfait de 20 euros, et, si les partenaires sociaux sont d'accord, une mise en place effective en 2028.

La réforme de la radiothérapie proposée dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale est une mesure technique destinée à faire converger le privé et le public. Votre commission la défend depuis plusieurs années et les acteurs que j'ai reçus y sont favorables.

Pour ce qui est des soins palliatifs, la stratégie décennale est respectée et nous avons même dépassé les objectifs. Alors que 100 millions d'euros par an étaient prévus, nous avons dépassé les 200 millions d'euros au cours des deux dernières années. Au total, 335 millions d'euros ont été mobilisés. En 2027, une dotation de 15 millions d'euros sera octroyée à l'hospitalisation à domicile, qui prend en charge de plus en plus de patients en soins palliatifs, en complément des 100 millions d'euros prévus par la stratégie décennale.

Madame Belouassa-Cherifi, vos questions ne m'étonnent guère. Vous avez néanmoins cité des chiffres faux. Les économies attendues pour la branche maladie ne sont pas de 6 milliards d'euros mais de 4 milliards d'euros. Les Français assument le reste à charge le plus bas du monde. Nous sommes les mieux protégés. Il est important de le rappeler puisque vous prétendez que nous tuons la santé ! Pour l'hôpital public, l'Ondam progressera de 3 %, soit une augmentation des dépenses de 3,4 milliards d'euros en 2027. Depuis 2017, nous avons investi 37 milliards d'euros dans les établissements de santé, ce qui représente une hausse de 47 %. Vous ne pouvez pas parler de pénurie et dire qu'il faut faire toujours plus avec moins. Le covid-19 a été une période difficile mais elle a été suivie du Ségur, qui a apporté des revalorisations pour les professionnels et des crédits supplémentaires, notamment pour l'adaptation climatique.

M. Jean-Pierre Farandou, ministre. Pour compléter la réponse à Mme Mélin, tous les comptes sont certifiés par la Cour des comptes et par des commissaires aux comptes. Les personnels des organismes de santé les établissent avec rigueur. Ils ne font pas n'importe quoi et nous devons faire attention à ne pas laisser se propager des idées fausses à ce sujet.

Pour Mme Vidal, nos propositions en matière d'allègements généraux s'inscrivent dans une logique d'efforts partagés. Nous corrigeons également une anomalie en prenant en compte certains éléments de rémunération jusqu'à présent exclus. Cela avait déjà été fait pour la prime de partage de la valeur en 2024.

Nous devons être attentifs au coût du travail et à la compétitivité de nos entreprises soumises à la concurrence en France, en Europe et dans le monde. Néanmoins, nous sommes probablement au bout d'un système. Le coût du travail dépend des charges, qui sont très élevées, en particulier les charges patronales. En 1945, les taux étaient respectivement de 4 % et de 12 % pour les cotisations salariales et patronales. Or le 4 % est devenu 20 % et le 12 % est désormais compris entre 30 et 40 %. Tout est là ! Pour réduire le coût du travail, nous devons, d'une manière ou d'une autre, diminuer le poids des charges. Évidemment, comme elles financent la sécurité sociale, le serpent se mord la queue. Toutes les évolutions doivent être envisagées avec beaucoup de précautions.

Je vais installer un groupe de travail sur les allègements généraux. Ils représentent 75 milliards d'euros, ce qui est considérable. Ils permettent certes de diminuer le coût du travail pour les petits salaires mais ils ont l'inconvénient de créer une trappe à bas salaires et de freiner la progression salariale. Le patronat le

reconnait et il est prêt à en discuter. Nous devons engager ce débat et réfléchir à une réforme.

Enfin, nous avons pris des mesures en faveur de la jeunesse, même si elles ne figurent pas dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Les moyens alloués à l'apprentissage, dont bénéficient 800 000 apprentis, sont maintenus. Nous tendons la main à 270 000 jeunes gens grâce aux contrats d'engagement jeune. Tout ça n'est pas rien. Croyez-vous qu'en creusant le déficit et en augmentant la dette, nous faisons un cadeau à la jeunesse ? Si nous voulons lui rendre service, nous devons avoir le courage de redresser les comptes. Nous n'avons pas le choix si nous voulons que la jeunesse ait un jour une retraite.

Mme Sandrine Runel (SOC). Vous nous présentez un projet de loi de financement qui, vous le savez déjà, ne pourra pas être adopté par notre assemblée. Ce texte n'est pas loin d'être la deuxième saison du musée des horreurs. La visite guidée est identique à celle de l'année dernière. Salle après salle, nous retrouvons les mêmes vieilles recettes. On gèle ici, on dérembourse là, on fait payer toujours plus les malades, les retraités, les familles, c'est-à-dire tous ceux qui n'en peuvent déjà plus.

Ce projet de loi de financement démontre que dix ans de gouvernement macroniste et de politique de l'offre, injuste et récessive, ont plongé notre sécurité sociale dans un état de sous-financement chronique. Le groupe Socialistes et apparentés considère que ce budget doit être rectifié d'urgence. Nous l'avons écrit au Premier ministre.

Comme à votre habitude, vous avez fait l'impasse sur l'augmentation des recettes de la sécurité sociale alors que le montant total des allègements de cotisations représente 74,5 milliards d'euros. Ce sont autant de ressources en moins pour notre protection sociale.

Les économies que vous proposez sont marquées du sceau de l'injustice. C'est ce que vous faites le mieux. L'article 35, qui cristallisera sans doute nos débats, en est l'illustration. Vous ouvrez la voie à une désindexation totale des pensions au-delà du seuil de 1260 euros. Mais vous omettez d'indiquer que les retraités modestes sont sujets à des dépenses obligatoires bien plus importantes, comme les primes mensuelles d'assurance complémentaire ou les frais de santé et d'hospitalisation.

Je vais vous présenter les mesures qui seraient indispensables à nos yeux pour un juste redressement de notre protection sociale, même si l'espoir que vous les reteniez semble vain. Apparemment, vous avez davantage envie de discuter avec le Rassemblement national.

Pour ce qui est des recettes, la création d'une contribution sociale généralisée progressive est indispensable pour redresser nos comptes publics. En dépenses, nous réclamons un Ondam digne de ce nom. L'hôpital et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ont besoin

de 3 milliards d'euros. Nous avons pu constater cet été leur vulnérabilité aux chaleurs extrêmes. À 3,3 %, le sous-objectif hospitalier ne permettra même pas, une fois l'inflation défalquée, de financer un ventilateur dans chaque chambre.

Vous êtes adeptes des années blanches. Cette fois, vous êtes allés très loin, que ce soit avec vos propositions sur les allocations familiales ou sur les pensions de retraite. Ce délai de carence d'une année pour l'accès des étrangers aux prestations familiales est en outre une main tendue au Rassemblement national.

Plusieurs choix s'offrent à vous. Des contre-budgets ont été présentés par différents groupes politiques. Nous verrons qui vous auditionnez et qui vous écouterez. En tout cas, mesdames et messieurs les ministres, ce texte ne passera pas en l'état, contrairement peut-être à la censure.

Mme Justine Gruet (DR). Deux nombres résument à eux seuls la gravité de notre situation financière. Le premier, « 150 », est le niveau atteint le 2 octobre par l'écart de taux d'emprunt entre la France et l'Allemagne. C'est le plus élevé de la zone euro. Le second, « 76 », est le montant, en milliards d'euros, que nous consacrerons l'an prochain aux seuls intérêts de la dette. Cela représente plus de sept fois le budget de la justice. Depuis le début de la présente audition, nous avons dépensé 13 millions d'euros, soit le coût de la rénovation extérieure de l'hôpital de Dôle.

Ces chiffres nous imposent une responsabilité, celle de rétablir durablement nos comptes publics. Cet argent n'est pas le nôtre mais celui des Français. Si nous partageons le constat d'une situation financière qui n'est plus tenable, nous n'approuvons pas votre méthode. La sphère sociale doit prendre sa part au redressement en agissant d'abord sur la dépense. Nous devons privilégier les économies structurelles à l'augmentation ininterrompue des prélèvements.

Pour le budget 2027, nous ne voulons pas de nouvelles hausses d'impôts mais de vraies économies sur la dépense publique. Dans nos propositions, nous avons identifié 20 milliards d'euros d'économies supplémentaires prévenant une augmentation de la fiscalité.

Malheureusement, faute de réformes ambitieuses, vous proposez une hausse d'impôts sur les entreprises alors que le coût du travail est déjà élevé, la reconduction d'une taxe sur les mutuelles qui devait être exceptionnelle et qui se répercutera sur les tarifs donc sur le pouvoir d'achat, de nouvelles taxes sur les dispositifs médicaux, sur les groupements de pharmacies d'officine et même sur le sucre. Imprécise, cette dernière affectera des produits de consommation courante au lieu d'encourager une éducation alimentaire accompagnée et la poursuite du travail engagé par l'Association nationale des industries alimentaires. Dans un pays qui figure déjà parmi les plus taxés, cette fuite en avant n'est pas acceptable. Nous nous opposerons à toute nouvelle taxe ou augmentation de la fiscalité.

Notre désaccord porte aussi sur les choix de fond. Votre projet ne comporte pas de véritable politique de prévention. Or prévenir davantage permettrait

d'améliorer la santé des Français tout en réduisant à terme les dépenses. Ce constat est partagé par l'ensemble des experts. Dans le Jura, le bus Santé des Femmes est une expérience réussie. Au contraire, vous choisissez de modifier certains taux de remboursement, notamment pour les soins dentaires, qui auront une conséquence immédiate pour les patients.

Nous aurions voulu davantage de courage et de réformes structurelles, notamment dans la médecine du travail, qui ne répond pas aux attentes du monde professionnel. Nous aurions pu espérer un décroisement des branches maladie et dépendance, idée que je défends depuis des années et qui permettrait d'uniformiser les restes à charge, ou une vraie réduction des dépenses des agences et une priorisation de leurs missions. Des mesures exceptionnelles auraient pu être envisagées, comme une année blanche sur certaines prestations, afin que l'effort de redressement soit mieux réparti et plus légitime.

Vous avez fait un autre choix, celui de faire peser une part importante de l'effort sur la France qui travaille, qui contribue au système ou qui a cotisé toute sa vie, notamment les retraités. Vous êtes revenus sur la réforme des retraites et nous constatons dès maintenant un effet négatif sur les pensions, avec en plus un transfert de la détermination des règles au pouvoir réglementaire.

Un Ondam à 2 % ne constitue pas à lui seul une réforme structurelle. Un projet de loi de financement de la sécurité sociale est également important par ce qu'il ne contient pas.

Nous devons intensifier les réformes pour augmenter notre taux d'emploi. Si la France atteignait le niveau d'emploi de l'Allemagne, l'amélioration de nos comptes publics serait environ de 20 milliards d'euros. C'est là que se trouve une partie de la réponse. Nous devons privilégier le travail, la prévention, l'efficacité de notre système et la réforme de nos structures, et ne pas tomber dans la facilité d'une nouvelle augmentation des prélèvements.

Notre pays n'a plus le temps des demi-mesures. Les députés de la Droite républicaine ne contribueront pas au chaos des extrêmes. Nous serons force de proposition dans l'intérêt du pays, car nous savons que l'absence de projet de loi de financement de la sécurité sociale pourrait coûter 10 milliards d'euros.

M. Hendrik Davi (EcoS). La France est en colère. Certains l'expriment de manière silencieuse en glissant dans l'urne un bulletin du Rassemblement National, faisant de l'étranger le bouc émissaire de leurs problèmes, tandis que d'autres l'expriment de façon plus joyeuse. Ils étaient plus d'un demi-million dans la rue hier, soit la plus grande mobilisation de notre jeunesse depuis plus de vingt ans. En 2027, je l'espère, ils voteront massivement contre la haine, pour la justice sociale et la bifurcation écologique. En attendant, la colère est là, palpable.

C'est la colère du retraité qui ferme ses radiateurs électriques l'hiver et pose des couvertures devant la porte car il ne peut plus payer ses factures. Votre budget de la sécurité sociale va encore l'appauvrir.

C'est la colère des parents qui n'ont pas de place en crèche et qui se saignent pour des structures privées lucratives qui maltraitent leurs enfants, alors que vous continuez, avec ce projet de loi de financement, de piller la branche famille à hauteur de 1,1 milliard d'euros.

C'est la colère de parents d'enfants atteints de cancer qui, dans la Drôme, doivent faire deux heures de route pour une séance de radiothérapie car tous les services de proximité ont été fermés et que les projets de loi de finances successifs n'ont cessé de compliquer les transports sanitaires, pourtant rendus indispensables par la désertification médicale.

C'est la colère de patients qui, après une chirurgie douloureuse, doivent repartir dans l'heure, car depuis 2017, les gouvernements ont fait fermer 33 000 lits et qu'un de vos indicateurs de performance des hôpitaux est la baisse de la durée moyenne de séjour.

C'est la colère des personnels soignants au bout du rouleau, que ce soit l'aide-soignante mal payée et mal considérée, l'infirmière qui court d'un patient à l'autre sans avoir le temps de prodiguer des soins dans de bonnes conditions, l'interne qui enchaîne les gardes ou la gynécologue à qui sa direction ordonne de reprendre le travail quelques jours après son accouchement. Ce dernier exemple est véridique.

C'est la colère de la pharmacienne en bas de chez moi ou du répartiteur de Marseille qui ne s'en sortent plus et qui m'interpellent car les gouvernements sont incapables de régler la pénurie de médicaments. Au bout de la chaîne, alors que vous parlez de prévention, ce sont des enfants sans antibiotiques et des retards de vaccination.

C'est la colère des étudiants en médecine qui doivent assimiler une montagne de connaissances dans les amphithéâtres surpeuplés d'enseignants dont le nombre n'a pas augmenté.

La colère, madame la ministre, résulte de budgets austéritaires qui ne suivent pas les besoins sociaux. Or vous prévoyez encore 8 milliards d'euros d'économies. Vous vous attaquez aux arrêts de travail. Vous augmentez les franchises médicales de 20 euros alors que vous aviez promis l'inverse. En revanche, vous ne faites rien pour réduire les exonérations de cotisations sociales et les exemptions d'assiettes. Ce sont 88 milliards d'euros partiellement compensés par nos impôts qui, personne ne l'a dit, alimentent les 107 milliards d'euros de dividendes et de rachats d'actions en France en 2025. Certains triment avec leur cancer ou pour payer leur boîte de médicaments pendant que d'autres collectionnent yachts, piscines et villas. Comprenez-vous les raisons de la colère ?

Un autre budget de la sécurité sociale est possible. Notre groupe a toujours fait des propositions. Des solutions existent en supprimant les exonérations de cotisations sociales au-dessus de deux fois le salaire minimum ou en augmentant la

contribution sociale généralisée sur les revenus du capital. L'an passé, nous vous avons proposé un plan dégageant 25 milliards d'euros supplémentaires.

Avec plus de moyens, nous pourrions augmenter l'Ondam d'au moins 4 %, ce qui constitue vraiment un minimum. Nous pourrions améliorer les conditions de travail des hospitaliers, soutenir le développement de centres de santé publique, bâtir un vrai service public du médicament, généraliser les haltes soins addictions et renforcer les services d'addictologie pour lutter contre le fléau de drogues comme le crack, qui ravage nos rues à Paris ou à Marseille. Nous pourrions mener une politique de santé publique et de santé environnementale ambitieuse pour que notre société soit moins malade du tabac, de l'alcool, des drogues, du sucre, de la sédentarité, des pollutions, de l'air, de l'eau et des sols. Les facteurs de risques environnementaux coûtent au moins 14 milliards d'euros à l'assurance maladie, soit le double du déficit envisagé en 2027. Or votre gouvernement a fait exactement le contraire avec la loi dite « Duplomb ». Les scientifiques et médecins que je rencontre sont consternés par ces choix.

Pour ces raisons, nous considérons que ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui dégrade encore un peu plus les conditions de travail des soignants et l'accès aux soins, justifie la censure du Gouvernement.

Mme Camille Galliard-Minier, ministre déléguée. Je connais l'engagement d'Annie Vidal et je voudrais lui répondre à propos des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Toutes nos politiques en matière d'autonomie s'inscrivent dans le prolongement de la loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie dont elle a été corapporteuse avec Laurence Cristol.

L'article 39 prévoit un fonds de transformation et d'accompagnement mais cette démarche ne doit pas conduire à fragiliser les établissements. L'annexe 6 du budget montre que leur situation s'améliore globalement. Certains continuent toutefois à rencontrer des difficultés et ils bénéficieront du soutien de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et des agences régionales de santé grâce aux crédits non reconductibles. Si la question de leurs moyens financiers est importante, celle de leur transformation l'est aussi. Ce fonds de 140 millions d'euros constituera un bonus, qui devrait permettre des économies à l'hôpital, à hauteur de 160 millions d'euros, en limitant la durée des hospitalisations et en réduisant le nombre de celles qui sont évitables. Il a également vocation à accroître l'attractivité de ces établissements, dont le taux d'occupation pourrait être plus élevé de façon à améliorer leur situation économique.

Mme Runel a indiqué que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes avaient été particulièrement fragilisés cet été. Or nous devons insister sur le fait qu'ils ont tenu, grâce à l'engagement des professionnels et aux plans Bleus en place depuis 2003. Le taux de mortalité confirme que les personnes âgées ont été bien accompagnées. Lorsque la fourniture de matériel était nécessaire,

le Gouvernement s'est mobilisé. Il prendra à sa charge les 26 000 climatiseurs livrés, comme il l'avait annoncé.

M. David Amiel, ministre. Madame Runel, le premier gel que le Gouvernement a décidé cette année est celui des allègements de cotisations sociales. La décision a été prise dès le 1^{er} juin. Nous ne l'avions jamais fait auparavant mais l'enjeu financier et budgétaire est tel que le contexte de la guerre dans le détroit d'Ormuz et d'une croissance économique divisée par deux en 2026 nous a obligés à dépasser nos réflexes habituels. D'autres gels, qui ne touchent pas les minima sociaux, sont également prévus.

Ce n'est pas le musée des horreurs, ou alors c'était déjà le cas lorsque la gauche était au pouvoir, puisqu'elle avait elle aussi procédé à des gels en matière de pensions. Le musée des horreurs serait, non de les geler ou de les stabiliser, mais de les baisser. D'autres gouvernements de gauche en Europe se sont retrouvés dans cette situation, comme au Portugal ou en Espagne, parce que les mesures sauvegardant l'essentiel n'avaient pas été prises à temps. Ils ont dû baisser les traitements des fonctionnaires. En Espagne, il a fallu repousser l'âge de départ à la retraite à 67 ans. En Grèce, la baisse des pensions et des traitements des fonctionnaires a plongé le pays dans un chaos social, qui a conduit la jeunesse à avoir le choix entre la pauvreté et l'émigration. C'est précisément ce musée des horreurs que nous voulons éviter.

Comme je l'ai dit dans mon propos liminaire, les mesures de redressement des comptes de la sécurité sociale prévoient près de 6 milliards d'euros en recettes. Certaines d'entre elles ont d'ailleurs été proposées à plusieurs reprises par votre groupe, comme la taxe sur les produits sucrés ultra-transformés ou l'élargissement de l'assiette de calcul des allègements généraux. Je tenais à le rappeler, même si nous avons des divergences sur beaucoup de sujets.

En outre, l'augmentation de la contribution sociale généralisée sur les revenus du capital, décidée par le Parlement l'an dernier, continuera à s'appliquer cette année. Elle sera complétée par de nouvelles mesures de lutte contre les rentes ou les niches fiscales présentées dans le projet de loi de finances.

Mme Stéphanie Rist, ministre. Pour compléter la réponse faite à Mme Runel, l'achat de ventilateurs a représenté une enveloppe de 100 millions d'euros. Dégagée en urgence cet été, elle a donné lieu à l'acquisition de plus de 40 000 climatiseurs et ventilateurs qui ont été installés dans les différents hôpitaux.

S'agissant de l'Ondam des établissements de santé, l'augmentation dépassera les 3 milliards d'euros, ce qui permettra de maintenir une moyenne de tarifs stable dans les hôpitaux, de mettre en place la protection sociale complémentaire et de poursuivre les investissements, notamment pour l'adaptation climatique.

J'ai entendu les commentaires de Mme Gruet sur les taxes. Je tiens à préciser que la taxe sur les produits sucrés ne vise pas à générer un rendement. Au

contraire, notre objectif est, grâce à un mécanisme progressif permettant des gains rapides, d'inciter l'industrie agroalimentaire à diminuer la quantité de sucre. L'expérience de la taxe sur les sodas a montré que, dans l'année qui suivait la mise en œuvre de la mesure, la composition des produits peut contenir moins de sucre.

S'agissant des soins dentaires, cette majorité a mis en place le 100 % santé pour que chacun puisse être soigné. Effectivement, nous prévoyons un transfert vers les complémentaires, mais plus de 97 % de nos concitoyens en disposent.

Tout ne se vaut pas en matière de fiscalité. D'une part, nous avons une taxe incitative de prévention concernant l'alimentation avec un faible rendement et, d'autre part, une mesure de lutte contre la financiarisation des groupements, au rendement élevé. Nous pourrions débattre de cette taxe pour laquelle des évolutions techniques sont envisageables.

Enfin, pour répondre à M. Davi, je me contenterai de rappeler que nous sommes le pays qui a le reste à charge le plus bas et qui protège le mieux ses citoyens.

M. Jean-Pierre Farandou, ministre. S'agissant des retraites, nous devons veiller à ne pas alimenter l'idée selon laquelle la répartition serait une capitalisation. Les gens peuvent penser que les cotisations qu'ils versent leur constituent un capital dont il serait normal qu'ils puissent bénéficier. Ce n'est pas le cas. Le système se pilote au moyen de trois éléments : le niveau des cotisations, le niveau des pensions et l'âge de départ à la retraite.

En matière de financement, certains voudraient des tuyaux de plus en plus gros entre l'État et la sécurité sociale, avec une augmentation constante de la fiscalité. Cette logique a une fin. Non seulement il faut trouver l'argent quelque part, donc chez les contribuables, mais de surcroît cet argent ne peut pas soutenir d'autres politiques publiques. Il me semble que nous nous approchons de cette fin. Nous commençons à en percevoir les signaux. Il faut regarder la situation en face. Nous devons avoir le courage de baisser les dépenses, même si ce n'est pas populaire.

Par ailleurs, M. Davi a évoqué 88 milliards d'euros d'allègements généraux mais ce n'est plus le cas. Un mouvement de baisse, engagé depuis trois ans, les a ramenés à environ 65 milliards d'euros. Vous entendez d'ailleurs les entreprises le déplorer.

M. Philippe Vigier (Dem). À entendre certains, j'ai l'impression que nous vivons dans un monde sans dette et sans déficit. Mon propos sera donc un peu en décalage par rapport aux interventions précédentes. Certains disent que nous sommes confrontés à l'horreur avec les retraites, mais n'était-ce que pas la même chose sous les présidences de François Hollande ou de Nicolas Sarkozy ? Tout le monde l'a oublié.

Pour apporter la pierre de mon groupe à l'édifice, j'ai dit à David Amiel que nous serions en première ligne sur la justice fiscale. Jean-Paul Mattei l'a également

rappelé. Nous en avons ras-le-bol des arbitrages de dividendes ou CumCum, du *carried interest* et des plans d'épargne en actions déviés. Il y a des milliards d'euros à récupérer. Dans les moments difficiles que nous traversons, nous devons aller chercher des recettes où elles sont, comme dans les holdings familiales. Nous avons débattu de la taxe dite « Zucman » mais personne ne parle de la « TVA compétitivité ». Pourtant, deux points de taxe sur la valeur ajoutée représentent 15 milliards d'euros. En baissant parallèlement les charges sociales salariales, cette mesure redonnerait du pouvoir d'achat aux salariés. Alors que nous importons toujours plus, ne serait-elle pas un moyen de protéger notre économie et de préserver notre souveraineté ? J'ai déposé cet amendement il y a dix-huit ans. Mon initiative a malheureusement été un échec total mais je souhaite relancer le débat.

Comme je l'ai dit à Stéphanie Rist, dont je connais l'engagement en faveur de la santé de nos concitoyens, un Ondam de 2 % constitue déjà un effort. Pour ceux qui le trouvent insuffisant, la solution serait d'enfin créer cette structure de défaisance pour les hôpitaux plombés par une dette de 30 milliards d'euros qui les empêche d'investir. Cette proposition est prête. Nous la mettons sur la table en espérant qu'elle chemine.

S'agissant des retraites, le Gouvernement a repris nos propositions de l'année dernière à propos de l'augmentation différentielle. Il ne faut jamais avoir raison trop tôt ! J'ai rappelé l'ère Sarkozy et l'ère Hollande, marquée par la réforme de Mme Touraine.

Concernant les affections de longue durée, j'avais fait une proposition claire l'an dernier. Elles concernent 14 millions de Français, soit 350 000 de plus chaque année, et elles représentent 80 % des dépenses de l'assurance maladie. Il n'est pas question de mal soigner ceux qui doivent l'être, mais d'envisager des mécanismes de sortie du dispositif puisque personne n'en sort jamais.

Les mutuelles sont un sempiternel débat. Nous devons quand même nous interroger car elles ont des réserves et couvrent parfois les mêmes risques que l'assurance maladie.

Nous devons collecter de l'argent. Vous avez évoqué les ruptures conventionnelles. Concernant les retraites, la proposition d'une négociation annuelle avec les partenaires sociaux me convient. Je rêve qu'ils aient, comme pour les retraites complémentaires, les clefs de la négociation. Ainsi, les politiques ne seront plus accusés de ne pas faire ce qu'il faut.

À propos des exonérations de charges sociales, le rapport de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques est intéressant. Vous avez rappelé l'existence d'une trappe à bas salaires. Ce que vous préconisez va dans le bon sens.

Pour terminer, j'évoquerai le débat que j'ai eu hier avec une délégation de jeunes gens. Il marquera ma vie publique et ma vie parlementaire. J'ai été frappé

par la maturité de leur discours et par leur immense inquiétude. Malgré des conditions politiques difficiles, ne pourrions-nous pas nous accorder sur la nécessité de lutter contre cet endettement abyssal que nous allons léguer aux générations futures ? Il n'y a pas de déclaration d'amour sans preuve d'amour. La preuve d'amour est d'être ensemble au rendez-vous de ce budget !

M. Pierre Marle (HOR). Le déficit attendu des régimes obligatoires de base pour 2026 s'élève à 21,8 milliards d'euros ! Nous ne pouvons plus attendre pour redresser les comptes sociaux et nous partageons l'objectif que vous fixez pour 2027.

Le groupe Horizons & indépendants se prononcera en faveur de ce texte, à la lumière de quelques principes simples : pas d'impôt nouveau sur les ménages, pas de hausse du coût du travail, des économies qui viennent de la dépense et des réformes structurelles qui ne sont pas des rabots qui ne durent qu'un an.

L'Ondam progresserait de 2 %, contre 3,4 % si rien n'était fait. Cela représente 5,1 milliards d'euros d'économies. L'effort est réel et nous le soutiendrons s'il porte sur la pertinence des soins, l'organisation du système, la prévention et la fraude. Toutefois, l'annexe explique que 700 millions d'euros devraient provenir de baisses de taux de remboursement et de transferts vers les assurances complémentaires. De plus, les décrets de l'été ajoutent une hausse de 1,2 milliard d'euros du ticket modérateur. Sur ces 5,1 milliards d'euros, quelle sera la baisse effective des dépenses et combien les patients et leurs mutuelles paieront-ils ? Quant à la contribution de 2,05 % sur les complémentaires que l'article 12 reconduit, qu'est-ce qui empêchera qu'on la retrouve l'an prochain dans les cotisations des assurés ?

L'article 7 doit rapporter 3,7 milliards d'euros. Désormais, l'épargne salariale, la participation et l'intéressement versés par l'employeur seront ajoutés au salaire pour calculer les allègements de cotisations : l'entreprise qui partage ses résultats avec ses salariés perdra une partie de ces allègements. Celle qui ne partage rien ne perdra rien. C'est un mauvais signal. Depuis des années, et encore avec la loi du 29 novembre 2023 sur le partage de la valeur, nous encourageons les entreprises à associer leurs salariés à leur réussite. Cet article fait au contraire payer celles qui jouent le jeu. Qui paiera ces 3,7 milliards d'euros ? Quelles entreprises ? Quels niveaux de salaire seront concernés ? Avez-vous mesuré l'effet sur l'emploi et sur les mécanismes d'intéressement et de participation ?

S'agissant de la branche famille, qui restera excédentaire, l'annexe annonce 1,6 milliard d'euros d'économies, dont un gel des prestations familiales. Aucune de ces mesures ne figure dans le projet de loi. Madame la ministre, comment comptez-vous, sans article dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, geler des prestations dont la revalorisation est prévue par la loi ? Quelles familles supporteront cet effort ?

Notre position n'a pas changé depuis l'an dernier. Notre groupe fera des propositions pour économiser sur la dépense au lieu de faire payer les patients ou le travail. Nous voulons que les comptes sociaux soient redressés, mais qu'ils le soient par la baisse de la dépense et non par de nouveaux prélèvements sur les ménages ou sur le travail.

M. Yannick Monnet (GDR). À chaque discussion budgétaire et à chaque fois qu'on parle de la dette, on a l'impression que vous venez de naître, que vous découvrez ce qui se passe et que tous les problèmes ont été causés par vos prédécesseurs. Mais vous êtes là depuis dix ans ! Un peu de modestie face à votre bilan, notamment en matière de dette !

C'est avec une certaine colère, mais beaucoup de détermination, que j'aborde l'examen de ce projet de loi de financement. Ce gouvernement a d'abord agi sans les parlementaires en décidant cet été de nombreuses mesures d'économie par voie réglementaire : augmentation du ticket modérateur sur les soins dentaires, les dispositifs médicaux, certains médicaments et les transports ; augmentation du plafond des franchises médicales ; abaissement du plafond des indemnités journalières en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ; abaissement de la durée d'indemnisation des arrêts maladie de plus de six mois pour les patients en affection de longue durée non exonérante. Ces dispositions constituent une véritable provocation à l'égard du Parlement, mais aussi et surtout de l'ensemble des assurés sociaux qui sont, une fois de plus, mis à contribution, comme si être malade était une faute qui devait être sanctionnée.

Or la réalité est que la population vieillit. En 2024, 14 millions de personnes ont été prises en charge au titre d'une affection de longue durée. À l'horizon 2035, près d'une personne sur deux sera concernée par une maladie chronique. La réalité, c'est que près des trois quarts des Français déclarent avoir déjà renoncé à au moins un acte de soins au cours des cinq dernières années, dont 40 % pour des raisons financières. Et comme si cette entrée en matière ne suffisait pas, vous persévérez dans la voie de la provocation en subordonnant à un décret certaines mesures de ce projet de loi de financement, et non des moindres : le gel ou la désindexation des pensions de retraite, la réforme du barème de l'allocation personnalisée d'autonomie, le gel des prestations familiales, la réforme de l'allocation de rentrée scolaire.

Néanmoins, je le reconnais, pour ce dernier projet de loi de financement, vous jouez enfin cartes sur table et vous dévoilez vos intentions politiques. Vous écrivez dans le dossier de presse : « La question n'est donc pas seulement "combien dépensons-nous ?", mais surtout : "que voulons-nous continuer à financer demain pour soigner efficacement tous les assurés ?" » Votre déclaration est une attaque frontale contre la sécurité sociale, dont le sens même est précisément, à l'inverse de votre objectif, de garantir à chacun, en fonction de ses besoins, une prise en charge des principaux risques. La hausse des tickets modérateurs illustre cette ambition politique. Outre le fait d'augmenter le reste à charge des assurés sociaux et de les éloigner du système de soins, ces augmentations induisent un déséquilibre profond

de notre système de solidarité en impliquant que certains soins seront assumés à parts égales entre la sécurité sociale et les organismes complémentaires privés, voire assumés majoritairement par les complémentaires. Il s'agit d'une dénaturation profonde, d'une mise à mort programmée de la sécurité sociale.

À partir de là, vous déroulez votre programme habituel : un peu plus de 5 milliards d'euros d'économies pour freiner les dépenses de l'assurance maladie, des hôpitaux et de leur personnel, de nouveau promis à l'asphyxie budgétaire avec un Ondam hospitalier à 3 % alors que la Fédération hospitalière de France a évalué les besoins à une progression de 3,9 %.

Du côté des ressources, vous vous contentez de récupérer 3,7 milliards d'euros d'exonérations de cotisations sociales sur près de 75 milliards d'euros, sans remettre à plat l'ensemble de ce système d'exonérations et d'exemptions d'assiette des cotisations sociales, qui sont le cœur même du financement de la sécurité sociale. Vous instituez de nouvelles exonérations en précisant d'emblée que vous dérogerez au principe de la compensation.

En bref, vous évitez la seule question qui devrait pourtant nous guider : si nous sommes réellement attachés à notre modèle de protection sociale, comment le financer pour répondre réellement et efficacement aux besoins de nos concitoyens ?

Mme Stéphanie Rist, ministre. Monsieur Vigier, s'agissant des affections de longue durée, vous vous rappelez que nous avons créé dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 des parcours dits « pré-ALD » pour mieux prendre en charge les patients avant leur entrée dans le dispositif. Les travaux ont avancé, c'est actuellement la Haute Autorité de santé qui se penche sur le sujet. Cet investissement en amont permettra d'éviter des entrées postérieures.

J'ai également signé un décret aux termes duquel il ne sera plus possible d'être indemnisé pendant trois années d'arrêt maladie en cas d'affection de longue durée non exonérante. En revanche, nous investissons dans des parcours de réadaptation et de rééducation, que ce soit pour les troubles musculosquelettiques ou la santé mentale. Ce qui compte, c'est que les gens aillent mieux.

Sur le fonds de défaisance, dont j'ai aussi discuté avec Jean-Carles Grelier, les services sont en train d'instruire la mesure. Les déficits hospitaliers ont diminué de 500 millions d'euros depuis 2023. Les hôpitaux ont des problèmes de trésorerie plus que de reprise de la dette.

S'agissant des complémentaires, des transferts sont effectivement réalisés et une taxe de 2 %, dont le produit est de 1,1 milliard d'euros, leur est imposée comme l'année dernière. Je souligne qu'en raison du vieillissement de la population et de la progression des maladies chroniques, les dépenses de santé augmentent pour l'assurance maladie obligatoire comme pour les complémentaires, mais que la première continue de financer 80 % des dépenses de santé. Nous ne mettons pas à bas la sécurité sociale, contrairement à ce que vous avez dit, monsieur Monnet : la répartition des dépenses entre sécurité sociale et complémentaires ne change pas.

L'indexation des prestations familiales se fera par voie réglementaire. Dans quelques mois, la France un nouveau président et un nouveau gouvernement. Ils pourront facilement modifier le décret.

En ce qui concerne le prix des complémentaires, la hausse n'est pas automatique. C'est un choix de ces entreprises. Quatre personnalités m'ont rendu un rapport sur l'articulation entre assurance maladie obligatoire et organismes complémentaires : je vous y renvoie. Il pose les bases d'une profonde réforme structurelle, qui me paraît intéressante pour nourrir le débat de la campagne présidentielle.

M. Jean-Pierre Farandou, ministre. Nous avons déjà évoqué les allègements généraux. Des efforts de tous, donc du budget de l'État comme de celui de la sécurité sociale, sont nécessaires pour redresser le pays. Certains pensent qu'il suffit d'augmenter les impôts sans limite ou de taper sur l'immigration ; ce n'est pas mon cas. Malgré cela, nous nous préoccupons sans cesse d'équité, de justice sociale et fiscale.

Il faut donc agir de façon équilibrée. Il ne me semble pas normal de ne pas tenir compte d'une partie de la rémunération pour calculer les allègements généraux. La mesure que nous proposons paraît donc logique. Je crois aussi que les allègements généraux posent un problème de fond. Un candidat qui vous est proche, madame Vidal, préconise de diminuer les allègements généraux et de revoir les impôts de production. C'est une piste dont on peut débattre. Mais il me semble que le système est à bout de souffle : ses effets, créent un déséquilibre, à l'image de la trappe à bas salaire. Attaquons-nous à la racine du sujet. Par ailleurs, nous allons tout de même réduire le super impôt, la contribution exceptionnelle sur les bénéfices des grandes entreprises, de 2,5 milliards d'euros, cette mesure ne relevant pas de mon ministère, et nous maintenons le pacte Dutreil : lorsque l'on pose un regard d'ensemble sur les entreprises, il me paraît raisonnable de leur demander un effort.

Le coût du travail ne peut qu'être pour moi un sujet de préoccupation. C'est un facteur important pour l'emploi. Un jour ou l'autre, il faudra comprendre d'où vient notre coût du travail, donc se pencher sur les charges, et chercher des solutions. Je le redis, ce ne sera pas simple : les masses sont considérables. Si on détourne une petite partie des charges sociales, par quoi les remplace-t-on ? Il faut bien financer la sécurité sociale. Là aussi, nous sommes au bout d'un système et il faudra avoir le courage de s'attaquer aux sujets de fond. La campagne présidentielle arrive, ça tombe bien : c'est le bon moment pour proposer des solutions audacieuses et novatrices. Cela vaut aussi pour la prime d'activité.

Monsieur Monnet, les origines du déficit, on peut en citer quelques-unes ! La création de la sécurité sociale en 1945 est notre référence à tous. Mais à cette époque, l'âge de la retraite était à 65 ans, non à 60 ans. Ce n'était pas vous, mais c'est l'application du Programme commun qui a fixé cet âge à 60 ans. Vous êtes-vous interrogé sur le coût de cette mesure et son impact sur la dette ? Faites des calculs. Vous verrez que c'est considérable. Or la dette, c'est un problème !

Attention, là encore : quand on regarde les choses de manière factuelle, il y en a pour tout le monde et chacun doit examiner ses choix.

Je le redis : je ne crois pas que prélever toujours plus d'argent pour l'aiguiller vers la sécurité sociale soit une bonne solution. Cela ne tient pas. Les cotisations sont passées de 16 % à 60 %, nous avons ajouté plus de 9 points de contribution sociale généralisée, et nous sommes tout de même en déficit ! Jusqu'où aller ? Est-ce que c'est cela, l'avenir ? Pensez-vous que l'on va préserver notre système de retraite et de santé publique par la fuite en avant ? Je ne le crois pas. Il faut avoir le courage de reconnaître que quelque chose ne va pas et de chercher des solutions.

M. le président Frédéric Valletoux. Nous en venons aux questions des autres députés.

M. Christophe Bentz (RN). Le Ségur de la santé a engagé une revalorisation des personnels du secteur sanitaire et médico-social, qui se traduit notamment par le versement d'un complément de traitement indiciaire ajouté à la rémunération et pris en compte pour la retraite des fonctionnaires. Son bénéfice a été progressivement étendu, mais certains agents des établissements médico-sociaux publics autonomes en sont toujours exclus : ce sont les oubliés du Ségur. À Andelot, en Haute-Marne, des agents chargés de la cuisine, du linge, du ménage et de l'entretien de la maison d'accueil spécialisée pour personnes polyhandicapées, le foyer Montéclair, n'ont pas droit à ce complément de traitement indiciaire alors que leurs collègues soignants le perçoivent. Un agent qui exerce le même métier dans un hôpital, un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou une structure rattachée peut aussi en bénéficier. Cette différence de traitement tient au statut autonome de l'établissement.

Il y a, sur ce sujet, un passif : Frédéric Valletoux, alors président de la Fédération hospitalière de France, a interrogé le Gouvernement en 2021 ; Marine Le Pen l'a fait en 2022, de même que Bruno Sido, sénateur de la Haute-Marne, en 2023, et que ma collègue Laurence Robert-Dehault, députée de ce département, en 2022 puis en 2023.

Mes questions sont donc précises : combien d'agents des établissements médico-sociaux publics autonomes sont-ils encore exclus du complément de traitement indiciaire ? Comment expliquez-vous qu'à fonction identique, ces personnels ne soient pas traités comme ceux des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou des structures rattachées à un hôpital ? Le Gouvernement proposera-t-il de modifier la loi pour étendre le bénéfice de ce dispositif, qui doit être pris en compte pour la retraite, et à quelle date ? Enfin, quels financements prévoyez-vous pour éviter que des établissements comme le foyer Montéclair ne continuent de payer cette compensation sur leur budget de fonctionnement ?

M. Didier Le Gac (EPR). Ma question porte sur l'article 39 du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Pourriez-vous revenir sur le mécanisme d'intéressement à l'efficience prévu pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et les services autonomie à domicile ? Quels critères allez-vous retenir ? Tiendrez-vous compte de la situation financière de départ des structures, des difficultés de recrutement et des contraintes spécifiques aux territoires ruraux ? Enfin, quelle place donnerez-vous aux départements et aux acteurs de terrain dans la définition de ces critères ?

M. Hadrien Clouet (LFI-NFP). Lundi, sur la chaîne de télévision LCI, vous avez menti, monsieur Farandou. Pas une, ni deux fois : vous avez menti à trois reprises au cours de l'émission.

D'abord, vous avez affirmé qu'aucune pension de retraite ne serait abaissée. C'est évidemment faux : toutes les pensions supérieures à 1 260 euros brut par mois seront sous-indexées, ce qui signifie que si le montant du panier de courses augmente, les retraites ne suivront pas. Ainsi, selon vos propres chiffres, deux tiers des retraités vont perdre de l'argent : un tiers d'entre eux subiront une désindexation totale, la pension ne suivant absolument pas l'augmentation des prix, tandis qu'un autre tiers, composé de ceux qui vivent sous le seuil de pauvreté fixé à 1 337 euros par mois mais dont la pension est supérieure à 1 260 euros, subiront une désindexation partielle. Combien ? Nous l'ignorons pour l'instant car vous renvoyez à des décrets discrétionnaires. Nous nous réveillerons donc un matin en découvrant si l'on nous a amputés de 30, 40 ou 50 euros... sauf, bien sûr, si nous vous censurons, comme nous le ferons !

Vous avez déclaré que cette mesure rapporterait 1,3 milliard d'euros. C'est curieux : vous ne savez pas qui va payer ni combien, mais vous savez exactement combien cela va rapporter ! J'ai le sentiment qu'il manque quelque chose dans l'équation. En réalité, vous savez très bien qui paiera et combien, mais vous ne voulez pas le dire. Voici donc ma première question : comment un gouvernement peut-il nous demander de signer des chèques qu'il remplira plus tard ? Cela me laisse perplexe.

Ensuite, vous avez prétendu que la mesure protégerait les plus modestes. Bien sûr que non ! Pour la toute première fois dans l'histoire de notre pays, vous allez baisser la valeur de la pension de personnes vivant sous le seuil de pauvreté. Avec 1 260 euros, on ne vit pas bien : une fois payés les 600 euros de loyer, les 300 euros de courses, les 100 euros de transports, les 100 euros de gaz et d'électricité, ainsi que la mutuelle, qui à cause de vous a encore augmenté, on est déjà à découvert. C'est pourtant à partir de cette somme que les gens vont perdre de l'argent. C'est inacceptable.

Enfin, il ne s'agit pas d'une contribution juste et proportionnée. Tant que 72 milliards d'euros d'exonérations de cotisations sociales seront financés par la taxe sur la valeur ajoutée acquittée par les ménages, le système sera injuste. Il n'est pas juste d'expliquer à un travailleur au salaire minimum que non seulement son

revenu est très faible, plus faible qu'en Belgique, au Royaume-Uni ou en Allemagne, mais qu'en plus son employeur bénéficie d'un cadeau et que c'est à lui de payer la facture !

Pour toutes ces raisons, il n'y a rien à sauver dans votre texte. Nous vous censurerons, mais nous serions ravis d'avoir des raisons supplémentaires de le faire grâce à vos réponses à nos questions.

M. Thomas Ménagé (RN). Vous présentez un budget de la sécurité sociale qui, encore une fois, demande des efforts aux Français sans que l'État n'en fasse aucun. Vous gelez les pensions au-delà de 1 260 euros brut par mois, un niveau qui se situe en dessous du seuil de pauvreté. Vous portez le plafond des franchises médicales de 50 à 70 euros. Vous déremboursez à hauteur de 700 millions d'euros, montant que vous transférez vers les mutuelles, et vous taxez ces dernières, qui répercuteront la facture sur les assurés. Les retraités, les malades chroniques, les familles, les Français qui travaillent : tout le monde passe à la caisse ! En réalité, vous faites toujours payer la même catégorie de personnes : les Français, notamment ceux qui travaillent ou qui ont travaillé toute leur vie.

Il y a un an, pourtant, nous avons voté un article mettant fin à une anomalie flagrante : un retraité extra-européen, installé en France avec un visa « visiteur », percevant une pension d'un organisme étranger mais ne payant ni impôts, ni contribution sociale généralisée, ni cotisations en France, pouvait obtenir gratuitement, au bout de trois mois, la protection universelle maladie. Ainsi, sans avoir jamais cotisé un seul euro dans notre système, un étranger pouvait bénéficier de la prise en charge de ses frais de santé. Les agences d'expatriation en faisaient même un argument de vente. Le Parlement a dit stop, notamment grâce aux voix du Rassemblement national, et il a demandé une participation financière fixée par décret. Cette mesure a été promulguée le 30 décembre 2025 ; elle n'attend plus que votre décret d'application. Neuf mois plus tard, toujours rien : zéro euro perçu. Pourquoi ce décret n'a-t-il pas été publié ?

Cela résume votre politique : ceux qui ont cotisé toute leur vie sont ponctionnés ; ceux qui n'ont jamais cotisé sont protégés. Le Rassemblement national défend une logique strictement inverse, consistant à exiger de tout étranger qu'il ait cotisé pendant au moins cinq ans en équivalent temps plein pour bénéficier de ces droits. Assumez-vous, encore une fois, de faire les poches aux Français sans demander aucun effort aux étrangers n'ayant jamais cotisé, alors même que nous avons voté un texte permettant des économies ?

M. Alim Latrèche (EPR). Dans le cadre de l'examen du projet de loi de finances pour 2027, je suis rapporteur pour avis de la commission des affaires sociales pour les crédits de la mission *Solidarité, insertion et égalité des chances*, et j'ai choisi de consacrer une partie de mes travaux aux violences sexistes et sexuelles. J'auditionne les associations, les professionnels de terrain, les acteurs institutionnels et les services de l'État pour tenter de répondre à une question simple : notre organisation et les moyens que nous consacrons à cette politique sont-ils à la

hauteur ? Ces auditions font ressortir la nécessité d'être beaucoup plus ambitieux et de déployer une politique structurée, avec des moyens adéquats et une meilleure lisibilité de l'action publique. Actuellement, de nombreux acteurs interviennent : leurs compétences se superposent et méritent d'être clarifiées. Pour les associations comme pour les victimes, cette complexité peut devenir une difficulté supplémentaire.

Ma première question porte sur le volet sanitaire : comment le Gouvernement entend-il intégrer la prévention, le repérage et la prise en charge des violences sexistes et sexuelles dans notre politique de santé ? Envisagez-vous de renforcer la coordination entre les acteurs sanitaires, sociaux et associatifs, afin que les victimes puissent bénéficier d'un véritable parcours de prise en charge plutôt que d'avoir à franchir une succession de portes ?

Ma seconde question est d'ordre budgétaire : au-delà des dispositifs existants, le Gouvernement défend-il une véritable ambition budgétaire pour 2027 en matière de lutte contre les violences sexistes et sexuelles ? Peut-on donner davantage de visibilité et de pérennité au financement des associations et des structures qui accompagnent les victimes, d'autant que leurs crédits sont trop souvent alloués avec beaucoup de retard ?

M. Cyrille Isaac-Sibille (Dem). Vous le savez, je souhaite rétablir un véritable système de santé qui ne soit plus un simple système de soins. Comment accepter, année après année, qu'il y ait toujours plus de malades ? Nous sommes devenus cyniques et fatalistes : notre pays compte 25 millions de malades chroniques et, selon la Caisse nationale de l'assurance maladie, ce chiffre devrait atteindre 30 millions d'ici à 2035.

J'ai donc apprécié de trouver dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale des mesures de prévention primordiale visant à améliorer l'environnement de nos concitoyens à l'instar de l'extension de la taxe soda, dont nous avons adopté les modalités à trois niveaux il y a deux ans : elle s'applique aux produits excessivement sucrés et pour inciter les industriels à revoir la composition de leurs aliments ultra-transformés. Comment le Rassemblement national peut-il s'opposer à une mesure contre l'obésité de nos concitoyens et de leurs enfants ? Une autre mesure positive est la meilleure rémunération des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes qui font un effort de prévention de la perte d'autonomie de leurs résidents.

Je regrette cependant que vous n'ayez pas donné plus de visibilité à notre politique de prévention en renommant le sixième sous-objectif de l'Ondam. Comment faire de la prévention une priorité sans qu'aucune ligne budgétaire ne lui soit clairement dédiée ? Enfin, je vous remercie de lutter contre la financiarisation de la chaîne de valeur du médicament en réglementant mieux les groupements de pharmacies.

M. Guillaume Florquin (RN). Votre propre annexe le relève, la hausse des dépenses de la branche autonomie est la conséquence du vieillissement démographique. La France compte déjà plus de 2 millions de seniors en perte d'autonomie, et selon l'Institut national de la statistique et des études économiques et la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, ils seront 700 000 de plus en 2050. La hausse sera la plus forte dans les toutes prochaines années, au moment même où les premières générations du baby-boom atteindront 80 ans.

Pourtant, ce projet de loi de financement de la sécurité sociale ne consacre au grand âge qu'un chapitre de deux articles. Le premier d'entre eux prolonge d'un an l'expérimentation de la fusion des sections « soins » et « dépendance » des budgets des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, alors que vous reconnaissez vous-mêmes, dans l'exposé des motifs, que les fédérations demandent unanimement sa généralisation. Le second crée pour ces établissements et les services autonomie à domicile un intéressement à l'efficience, mais on parle d'indicateurs et de dotations complémentaires quand ils attendent d'abord des moyens et des soignants.

S'agissant du virage domiciliaire, le vide est plus frappant encore. Tout le monde s'accorde à dire que nos aînés veulent vieillir chez eux. Mais en dehors de cet intéressement conditionnel, le projet de loi de financement ne contient aucune mesure renforçant le financement des services autonomie à domicile ou l'attractivité des métiers de l'aide à domicile. La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques estime pourtant qu'il faudra entre 150 000 et 200 000 professionnels supplémentaires d'ici à 2050. Quant aux maisons France Autonomie annoncées en avril, nous cherchons encore leur traduction concrète : 140 millions d'euros, ce n'est pas beaucoup, et la fusion des sections n'arrangera pas grand-chose. Changer le nom d'un établissement ne permet pas de recruter une aide-soignante.

Enfin, la loi de programmation sur le grand âge imposée par la loi du 8 avril 2024 n'a toujours pas vu le jour. Votre annexe prévoit un déficit de la branche autonomie de 1,6 milliard d'euros en 2030 sans proposer de financement pour l'enrayer.

J'ai donc trois questions simples. Quand consacrerez-vous enfin les moyens nécessaires au bon fonctionnement des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, trop souvent en déficit ? Qu'attendez-vous pour allouer de réels moyens au virage domiciliaire et à l'habitat inclusif, qui pâtit toujours d'un vide juridique, pour répondre aux défis du vieillissement de la population ? Enfin, présenterez-vous aux Français, dans les six mois qui vous restent, la loi « grand âge » promise depuis 2018, ou ce quinquennat s'achèvera-t-il avec une énième promesse non tenue ?

M. Damien Maudet (LFI-NFP). Mesdames et messieurs les ministres, nous commençons à nous connaître : j'irai donc droit au but. Nos lycéens font

preuve de beaucoup de courage pour exiger un service public de qualité et le droit à un avenir ambitieux, à la hauteur de celui que vous avez pu espérer quand vous étiez plus jeunes. En réponse à leur contestation, le Gouvernement a proposé une loi « casseur-payeur » : si vous appartenez à un groupe qui commet des dégradations, vous êtes considéré comme un casseur jusqu'à preuve du contraire. J'imagine que vous soutiendrez cette loi. Mais la soutiendriez-vous si un amendement prévoyait de l'appliquer aux gouvernements qui ont détruit l'hôpital public, la protection sociale ou les retraites ?

Je vous pose la question car, depuis tout à l'heure, vous êtes dans l'autosatisfaction. Pourtant, sur les dix dernières années, les faits sont têtus. Vous avez supprimé tant de lits d'hôpitaux et dégoûté tant de soignants que 70 % d'entre eux estiment que leurs conditions de travail se sont dégradées. Ils sont 90 % à ne pas se sentir reconnus. Vous avez tellement cassé le système de santé que, selon la Cour des comptes, on a plus de risques de mourir d'une infection contractée dans les couloirs d'un hôpital que d'un accident de la route. Des milliers de nos concitoyens subissent des pertes de chance, faute de médecin à proximité.

Vous êtes en situation de récidive : la Fédération hospitalière de France évalue à 1,3 milliard d'euros les économies que vous voulez faire sur l'hôpital tandis que France Assos Santé estime qu'il manque 5 milliards d'euros. Ajoutons à cela le gel du point d'indice des fonctionnaires, des déremboursements massifs et la hausse des frais de santé.

Cet été, dans certains établissements, il a fait 30, 40 ou 45°C : les conditions de travail étaient insupportables, des opérations ont dû être déprogrammées et des patients en sont même morts. Or que prévoit ce projet de loi de financement pour l'adaptation des hôpitaux au changement climatique ? Rien ! Vous avez annoncé 30 000 climatiseurs : c'est bien, mais rapporté à 10 000 établissements de santé, cela fait trois par établissement. Pensez-vous que cela suffira ? Je ne le crois pas. L'année prochaine, l'hôpital public ne sera de nouveau pas prêt à faire face à la canicule.

Vous vous apprêtez donc à tout casser : 6 milliards d'euros de coupes dans la santé, 4 milliards d'euros sur les retraites, 1,6 milliard d'euros sur les familles. Bref, le budget que vous proposez abîme encore notre protection sociale. Vous soutenez la loi « casseur-payeur », mais comment fait-on quand la casse vient du Gouvernement ?

M. Serge Muller (RN). Notre groupe est opposé au projet de loi de finances comme au projet de loi de financement de la sécurité sociale. Nous ne sommes pas convaincus, et cela fait dix ans que nous sommes tous déçus.

S'agissant du projet de loi de financement, je prendrai l'exemple de la prévention, qui y est très peu mentionnée. Les avancées sont minces et les ambitions se limitent à l'exposé des motifs. Alors que la prévention devrait être le fer de lance de notre système de santé, il n'y a, dans votre texte, pas grand-chose en la matière...

Les cancers pédiatriques ? Passés à la trappe ! Les maladies rares infantiles ? À la trappe également ! Nous savons pourtant tous ici que ce sont des sujets fondamentaux.

Je veux être clair : plus de prévention ne signifie pas moins de soins. Bien au contraire : c'est la combinaison entre prévention et soins qui permettra un système de santé solide. Dans les mois à venir, que comptez-vous proposer ? Pensez-vous revoir votre feuille de route pour y intégrer les cancers pédiatriques et les maladies rares infantiles ? Prévenir, c'est sauver des vies, particulièrement dans les deux domaines que je viens d'évoquer. Or, dans votre projet de loi de financement, il n'y a rien. On se demande bien pourquoi.

Par ailleurs, je souhaite appeler votre attention sur la prévention du cancer colorectal, qui reste trop souvent lettre morte. Quelles sont vos solutions ?

Mme Sabine Gervais (Dem). Je souhaite tout d'abord vous interroger sur un sujet concret : l'accueil des jeunes enfants en situation de handicap. Lorsqu'une assistante maternelle prend en charge un enfant porteur de handicap, elle peut être amenée à réduire sa capacité d'accueil afin de garantir sa sécurité, son bien-être et la qualité de son accompagnement. Elle renonce alors à une partie de ses revenus pour répondre aux besoins spécifiques de cet enfant. Cette situation soulève une question : comment notre politique de financement reconnaît-elle cet effort d'inclusion ? Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2027 prévoit-il un financement spécifique de cette situation, même lorsque l'enfant n'a pas encore été diagnostiqué ? Plus largement, quels moyens supplémentaires ce projet de loi prévoit-il pour les crèches et les centres de loisirs afin qu'ils puissent accueillir ces enfants dans de bonnes conditions, avec le personnel et l'accompagnement nécessaires ?

Je souhaite également vous interroger sur le financement du futur hôpital de La Rochelle, essentiel pour l'avenir de l'offre de soins en Charente-Maritime. Après plusieurs années de débats sur son implantation, un consensus local s'est dégagé : les collectivités, les élus, l'agence régionale de santé et la direction du groupe hospitalier Littoral Atlantique sont désormais rassemblés. Il faut maintenant donner une visibilité financière à ce projet, qui représente un investissement d'environ 740 millions d'euros. Un financement important est déjà mobilisé ou envisagé, mais il subsiste un besoin supplémentaire de l'ordre de 300 millions d'euros. Ce besoin doit être examiné à l'aune de la situation démographique : la Charente-Maritime compte 672 000 habitants et sa population continue de progresser. Surtout, notre département vieillit rapidement : en 2023, près de 30 % de la population avait plus de 65 ans. Nous avons la chance de disposer d'un groupe hospitalier dynamique, qui conserve une réelle attractivité pour les professionnels de santé, mais les tergiversations sur son avenir commencent à peser.

M. Théo Bernhardt (RN). Monsieur Amiel, à la suite de la réponse que vous avez apportée à ma collègue Joëlle Mélin, j'aimerais vous rappeler que nous auditionnons ici les ministres, non le Rassemblement national. Nous sommes en

train d'exercer notre mission constitutionnelle qui consiste à contrôler votre action, ou plutôt votre inaction.

J'aimerais vous interroger sur la fraude dans les centres de santé, devenue l'un des principaux postes de fraude à l'assurance maladie. Selon le bilan publié par le Gouvernement le 8 avril dernier, le montant des fraudes détectées dans ces centres est passé de 39 à 138 millions d'euros entre 2024 et 2025 : il a donc été multiplié par 3,5 en un an. Derrière ces chiffres se cachent de véritables réseaux organisés. En mars dernier, sept personnes ont été mises en examen dans une affaire estimée à 58 millions d'euros et concernant dix-huit centres : on a notamment constaté des actes fictifs, des prête-noms, des facturations effectuées au nom d'un dentiste décédé depuis 2021... Or, au 26 mars, seulement 300 000 euros avaient été saisis, même si des gels de crédits étaient encore en cours.

La loi du 25 juin 2026 était censée renforcer l'arsenal de lutte contre les fraudes. Elle prévoyait notamment la soumission de certains centres à la procédure d'accord préalable, la possibilité de refuser le conventionnement des professionnels fraudeurs, ou encore la transmission à l'assurance maladie de la liste des professionnels exerçant dans les centres suspendus ou fermés. Toutefois, ces outils sont généralement mis en œuvre une fois les premiers faits détectés, alors que des montants considérables peuvent déjà avoir été facturés. Dans le même temps, l'article 22 du projet de loi de financement de la sécurité sociale développe la rémunération forfaitaire des centres de santé sans conditions particulières liées aux antécédents de fraude. La mission interministérielle de coordination antifraude, placée sous l'autorité directe du ministre chargé du budget, a précisément pour rôle de coordonner l'action des différents services engagés dans la lutte contre ces réseaux.

Sur les 138 millions d'euros de fraudes détectées et stoppées dans les centres de santé en 2025, quelles sommes ont été effectivement recouvrées ou saisies ? Quels moyens comptez-vous mobiliser pour contrôler ces structures dès leur ouverture, avant qu'elles aient pu facturer des montants considérables ? Enfin, êtes-vous favorable à ce que l'accès aux nouvelles rémunérations forfaitaires prévues par l'article 22 soit conditionné à l'absence de sanction définitive pour fraude ?

Mme Zahia Hamdane (LFI-NFP). Par rapport aux besoins, ce projet de loi de financement de la sécurité sociale impose 5,5 milliards d'euros de coupes nouvelles à notre système de santé. L'hôpital et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes subissent 1,2 milliard d'euros de coupes alors qu'ils sont déjà déficitaires, endettés, qu'ils peinent à investir et qu'ils auraient grand besoin d'être climatisés après les canicules de cet été. C'est d'ailleurs un sujet sur lequel votre texte fait l'impasse. Les arrêts maladie font l'objet de 2 milliards d'euros de coupes, au détriment de salariés que l'on accuse d'emblée de fraude et de flemmardise, alors que toutes les études montrent qu'ils continuent souvent de travailler tout en étant souffrants. Des remboursements de soins et de médicaments transfèrent 300 millions d'euros de charges supplémentaires sur les

malades, en particulier sur ceux atteints d'affections chroniques. Enfin, une coupe de 1,15 milliard d'euros sur les complémentaires santé entraînera mécaniquement une hausse des cotisations des assurés.

Hôpitaux, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, salariés, assurés et malades : vous faites toujours payer ceux qui se soignent et qui font fonctionner notre système. C'est la fête macroniste ! Pendant ce temps, les hôpitaux sont endettés de 30 milliards d'euros et paient leurs fournisseurs avec soixante à soixante-dix jours de retard. 73 % des Français ont déjà renoncé à des soins. Un beau projet pour un beau gouvernement !

Derrière ces chiffres se cache un choix de société. Pour nous, la santé n'est pas un marché où chacun se soigne selon ses moyens. Nous ne sommes pas aux États-Unis : en France, la santé est un droit. Vivement 2027 pour une sécurité sociale qui rembourse à 100 %, sans franchise ni reste à charge, comme auparavant, et pour donner à nos hôpitaux et nos établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes les moyens de fonctionner en étant préparés aux canicules de demain ! Ce serait une vraie politique de santé.

Mme Karine Lebon (GDR). Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale impose des économies à un système de santé déjà sous tension, alors même que nous examinons une proposition de loi apportant une réponse intégrale au phénomène des violences sexuelles et sexistes contre les femmes et les enfants. Il faudra des moyens pour faire exister les nouveaux droits issus de ce texte. La délégation aux droits des femmes m'a chargée d'un rapport sur leur financement par ce projet de loi de financement.

Des convergences existent, qu'il s'agisse du renforcement des unités d'accueil pédiatrique des enfants en danger et des équipes pédiatriques régionales, de la prise en charge des psychotraumatismes ou de la formation des professionnels de santé. Mais quels crédits nouveaux y seront réellement consacrés ? Et comment seront financés les centres pluridisciplinaires prévus par la loi, notamment outre-mer ?

À l'article 53 de la proposition de loi, le Gouvernement a déposé un amendement prévoyant, pour les victimes de violences sexistes et sexuelles, une exonération du ticket modérateur, la prise en charge du forfait hospitalier et l'interdiction des dépassements d'honoraires. Cependant, ce même amendement supprime la dispense d'avance de frais et maintient les franchises et participations forfaitaires pour les victimes majeures. Surtout, la prise en charge serait conditionnée à un dépôt de plainte, ce qui est une démarche souvent difficile pour la victime, ou à une attestation délivrée par une maison des femmes, dont l'accessibilité reste inégale selon les territoires. Pour ma part, j'ai de la chance : mon département en compte plusieurs. Accepteriez-vous de garantir l'absence de reste à charge et la dispense d'avance de frais, ainsi que d'élargir la liste des structures habilitées à délivrer cette attestation, pour y inclure notamment les centres pluridisciplinaires et les unités médico-judiciaires ?

Enfin, la proposition de loi dite intégrale concerne la santé, mais aussi la justice, la police, l'éducation et l'accompagnement des victimes. Pourriez-vous nous indiquer quel sera son financement total en 2027, en distinguant le projet de loi de finances du projet de loi de financement de la sécurité sociale, et les crédits existants des moyens nouveaux ? Pourriez-vous nous transmettre un document consolidé permettant de vérifier, mesure par mesure, que les droits que nous votons seront effectifs ?

Mme Camille Galliard-Minier, ministre déléguée. Monsieur Le Gac, l'article 39 du projet de loi de financement de la sécurité sociale crée un mécanisme d'intéressement améliorant l'accompagnement et la qualité des prestations assurées par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et les services autonomie à domicile. Les indicateurs retenus pourront porter sur la prévention et le raccourcissement des hospitalisations, sur la réduction de l'iatrogénie médicamenteuse, sur la prévention des chutes ou encore sur la lutte contre la dénutrition. Ils seront élaborés en concertation avec les acteurs concernés et déclinés sur le terrain par les agences régionales de santé ; ils feront l'objet d'un décret. Par ailleurs, le projet de loi de financement comporte une ligne budgétaire finançant la poursuite de l'augmentation du nombre de professionnels, conformément à notre engagement d'en recruter 50 000 d'ici à 2030. L'objectif est d'intégrer, l'année prochaine, plus de 3 700 nouveaux agents dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Monsieur Florquin, vous m'avez posé une question large sur la politique de l'autonomie. Sachez que l'ensemble des sujets que vous avez évoqués s'inscrivent dans les six priorités de la mobilisation France Autonomie.

La première consiste à cartographier notre pays, notamment les outre-mer où la situation est particulière, pour connaître précisément la dynamique de vieillissement de la population. Ce travail nous aidera à adapter nos politiques en fonction de la situation de chaque territoire et de l'offre disponible, qu'il s'agisse des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, de l'habitat partagé ou des professionnels de santé à domicile.

La deuxième priorité concerne la prévention, sur laquelle M. Isaac-Sibille a eu raison d'insister. Sachant qu'une année de vieillissement en bonne santé représente 1,5 milliard d'euros d'économies, l'enjeu est capital tant pour les personnes âgées elles-mêmes que pour nos finances publiques.

La troisième priorité est de valoriser les métiers de l'autonomie afin de réussir le virage domiciliaire. Si 80 % des Français souhaitent vieillir chez eux, ceci nécessite un accompagnement adapté à l'abri de l'isolement.

D'où notre quatrième priorité : la diversification des lieux de vie. Vincent Jeanbrun et moi préparons une feuille de route pour développer les habitats alternatifs, en cherchant à soutenir financièrement les initiatives de ce genre, en lien avec les collectivités locales, et à leur offrir un cadre juridique sécurisé.

La cinquième priorité est de transformer nos établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes en maisons France Autonomie. Il faut en faire des lieux de vie avant d'être des lieux de soins, pour donner envie aux personnes d'y résider et aux professionnels d'y travailler. C'est tout le sens de la démarche vers la qualité que j'évoquais.

La sixième priorité est de mieux accompagner les aidants. C'est un sujet déjà débattu dans votre commission.

Toutes ces questions font actuellement l'objet de rencontres thématiques avec deux corapporteurs, Luc Broussy et Laurence Cristol, qui aboutiront à une conférence nationale de l'autonomie. Créée par la loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie, elle se réunira désormais chaque année pour aborder l'ensemble de ces sujets.

Madame Gervais, je vous remercie d'avoir soulevé la question de l'accompagnement et du soutien que nous devons aux enfants en situation de handicap et à leurs familles. En ce qui concerne les assistantes maternelles, le complément de libre choix du mode de garde est majoré de 30 % pour les familles bénéficiaires de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé. J'en profite pour rappeler que, depuis un décret paru cet été, cette allocation d'éducation de l'enfant handicapé est désormais attribuée jusqu'aux 20 ans de l'enfant, sans qu'il soit nécessaire de renouveler la demande chaque année. Si cette majoration permet de financer un taux horaire supérieur pour l'assistante maternelle, elle s'applique également aux centres de loisirs et à l'accueil périscolaire. Les caisses d'allocations familiales versent par ailleurs un bonus périscolaire pour encourager l'accueil de ces enfants. Enfin, comme l'a rappelé Stéphanie Rist, le plan de 90 millions d'euros consacré aux crèches intégrera certainement la question du handicap.

S'agissant de la canicule, madame Hamdane, ce ne sont pas 26 000, mais 31 000 climatiseurs qui ont été livrés aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes qui en avaient fait la demande. Le Gouvernement est mobilisé : nous attendons désormais les retours des agences régionales de santé pour financer tant ces équipements que les renforts de personnel à déployer pendant la période estivale.

M. David Amiel, ministre. Monsieur Bernhardt, les affaires de fraude que vous avez citées montrent que nous avons progressé dans leur détection. L'assurance maladie est vigilante, comme en témoigne le déconventionnement de soixante-quatorze centres de santé depuis 2023. Nous devons néanmoins accélérer. La loi du 25 juin 2026 relative à la lutte contre les fraudes sociales et fiscales permet d'agir en amont comme en aval. En amont, elle facilite la détection des schémas de fraude, notamment grâce au croisement des données de l'assurance maladie obligatoire et des complémentaires santé en vue d'identifier les flux suspects. En aval, elle autorise de cumuler les sanctions conventionnelles et judiciaires.

Vous avez évoqué le contrôle de l'action du Gouvernement. La revue de dépenses consacrée à ce sujet a été publiée en août dernier, précisément pour nourrir nos travaux. À ma demande, Tracfin travaille beaucoup sur cet enjeu central.

Le paiement au forfait, que vous avez mentionné, suscite généralement moins de fraudes. Néanmoins, les centres déjà condamnés pour ce motif seront exclus du dispositif par voie réglementaire.

Mme Stéphanie Rist, ministre. Monsieur Bentz, l'objectif du Ségur de la santé, qui représente un effort de plus de 13 milliards d'euros par an intégré à l'Ondam, était d'accroître l'attractivité de l'hôpital public au lendemain de la crise pandémique. De nombreuses questions ont été posées au sujet du complément de traitement indiciaire, et le Conseil d'État a tranché celle du périmètre. Les établissements médico-sociaux ont la capacité de financer ces aides. Par ailleurs, je constate dans le programme présenté hier par le Rassemblement national que vous proposez une évolution de l'Ondam de 0 %. Je m'interroge donc sur la manière dont vous financeriez les revalorisations prévues par le Ségur.

Monsieur Ménagé, l'élaboration du décret d'application sur l'accès des étrangers à la protection universelle maladie prend effectivement du temps. Je rappelle que cette mesure résulte d'un amendement de M. Gernigon, que nous avons soutenu. Si les travaux ont été longs, c'est parce qu'il a fallu identifier les plus de 2 000 assurés qui en bénéficieraient sans contribuer financièrement. Le décret, particulièrement délicat, est désormais rédigé ; les caisses de sécurité sociale en ont été saisies pour avis avant transmission au Conseil d'État.

Monsieur Latrèche, vous avez évoqué la proposition de loi dite intégrale actuellement discutée dans l'hémicycle. Le volet sanitaire sera probablement examiné en fin de semaine, et je serai au banc du Gouvernement pour répondre à vos questions. Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit d'ores et déjà des financements pour les enfants protégés, notamment pour ceux confiés à l'aide sociale à l'enfance, souvent victimes de violences sexistes et sexuelles. Des moyens importants sont alloués au financement de sept centres d'appui à l'enfance, à la consolidation des parcours coordonnés renforcés et au fonctionnement des unités d'accueil pédiatrique des enfants en danger.

Monsieur Isaac-Sibille, je salue votre engagement en faveur des taxes comportementales sur le sucre, qui figurent dans ce texte. Dans votre rapport, vous érigez la prévention en priorité et vous vous demandez pourquoi il n'existe pas, au sein de l'Ondam, de sous-objectif dédié à la prévention. Ce débat est intéressant, et je suis favorable à cette mesure sur le principe. Cependant, du point de vue technique, l'isolement de l'ensemble des financements accordés à la prévention primaire, secondaire ou tertiaire s'avère trop complexe pour être mis en œuvre dès le présent projet de loi de financement.

Monsieur Maudet, vous avez voulu dresser le bilan de notre action au cours de la décennie écoulée. Permettez-moi de présenter le mien. Je n'en ai pas honte,

même s'il reste beaucoup à faire dans le domaine de la santé. Depuis dix ans, donc, nous avons supprimé le numerus clausus. Certes, des difficultés demeurent mais, dès novembre, nous compterons 20 % d'internes supplémentaires. Le nombre de médecins généralistes qui s'installent dans les territoires, notamment les plus défavorisés, a déjà progressé de 30 %. En outre, 4 000 étudiants supplémentaires intègrent chaque année nos facultés de médecine. Pour donner un exemple concret, en cette année où la santé mentale a été déclarée grande cause nationale, 627 internes en psychiatrie prendront leur poste en novembre. Il s'agit d'une augmentation significative dont nous n'avons pas à rougir. Il y a dix ans, lorsque j'ai été élue députée, on disait que la courbe démographique entraînerait une catastrophe en 2027 en matière d'accès aux soins ; la fin du numerus clausus a permis de l'éviter. Il faut aussi rappeler que, depuis dix ans, le financement des hôpitaux a augmenté de 40 milliards d'euros par an, dont 13 milliards au titre des revalorisations du Ségur et 16 milliards d'investissements pour des opérations de reconstruction dans 40 % de nos établissements. Depuis dix ans, les différents plans de santé publique ont également été à l'origine d'avancées importantes pour nos concitoyens, mais je ne vais pas les énumérer car il y en a trois pages. Enfin, nous avons montré la confiance que nous accordons aux professionnels de santé en faisant évoluer les compétences de tous les métiers du secteur. En résumé, monsieur Maudet, il reste toujours beaucoup à faire en matière d'accès aux soins, mais les moyens engagés sont sans commune mesure avec ceux des années précédentes. Ce sont là des faits et des chiffres.

Monsieur Muller, nous devons effectivement poursuivre notre travail afin de clarifier et de préciser les financements alloués respectivement à la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

Madame Gervais, je ne détaillerai pas le financement du futur hôpital de La Rochelle, mais je me tiens à votre disposition pour vous donner les informations souhaitées. L'État s'est engagé à hauteur de plus d'une centaine de millions d'euros pour accompagner ce projet qui, je l'espère, aboutira.

Enfin, madame Lebon, vos questions portent sur la proposition de loi dite intégrale, discutée en ce moment même dans l'hémicycle. Je l'ai dit tout à l'heure : je serai au banc du Gouvernement en fin de semaine, lorsque seront examinés les articles relatifs à la prise en charge sanitaire des enfants. S'agissant de l'article 53, nous travaillons sur la question de l'obligation de déposer plainte pour s'engager dans une logique de parcours.

Mme Karine Lebon (GDR). Vous n'avez pas répondu à ma question sur l'inscription ou non de crédits nouveaux. Je considère ce silence comme un aveu.

M. Jean-Pierre Farandou, ministre. Je regrette que M. Clouet ait quitté la salle. Je ne lui répondrai donc pas directement ; cependant, j'ai déjà largement répondu à ses questions lors de mon intervention liminaire.

M. le président Frédéric Valletoux. Mesdames et messieurs les ministres, je vous remercie d'avoir répondu à nos questions.

La réunion s'achève à dix-neuf heures cinquante-cinq.

II. EXAMEN DU RAPPORT PAR LA DELEGATION

Lors de sa réunion du 20 octobre 2026, sous la présidence de Mme Véronique Riotton, la Délégation a adopté le présent rapport.

Les débats sont accessibles sur le portail vidéo de l'Assemblée nationale à l'adresse suivante :

<https://assnat.fr/zvVH6I>

ANNEXE

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LES RAPPORTEURS

- Mme Stéphanie Rist, ministre de la Santé, des Familles, de l'Autonomie et des Personnes handicapées ;
- Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) ;
- Direction de la Sécurité sociale (DSS) – Ministère chargé de la santé ;
- Direction générale de l'offre de soins (DGOS) – Ministère chargé de la santé ;
- Mme Geneviève Payet, psychologue clinicienne, présidente d'honneur du Réseau VIF (violences intrafamiliales) de La Réunion ;
- Mme Natacha Nestor, présidente de l'Association Femmes et Police dans l'Égalité et la Diversité (AFPED).