

**AMENDEMENT AU PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027**

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE ...

Après l'article...

Insérer un article ainsi rédigé :

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 4311-1 est ainsi modifié :

a) Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les infirmières et les infirmiers sont confrontés à des situations d'urgence au domicile. Ce rôle d'interface entre médecine de ville et hôpital fait l'objet d'un acte forfaitaire. »

Exposé des motifs :

Les infirmières et les infirmiers libéraux sont de plus en plus confrontés à des situations d'urgence au domicile des patients nécessitant l'intervention d'un médecin qui bien souvent ne peut se déplacer immédiatement en raison de la charge de travail au cabinet, de la pénurie de médecins libéraux dans certains secteurs, etc.

Dans ces conditions, les infirmières et les infirmiers libéraux doivent alors contacter les services d'urgence. Le médecin régulateur demande alors un certain nombre de renseignements sur l'état du patient : relevé des signes cliniques, paramètres vitaux, traitements du patient, antécédents.

Il n'existe à ce jour aucune cotation pour les actions de ces professionnels qui sont pourtant majeures. Sachant que ces situations vont croître dans les années à venir puisque les infirmières et les infirmiers libéraux sont graduellement les derniers soignants intervenant au domicile, il est nécessaire qu'un acte forfaitaire soit créé à la même hauteur que celui qui a été mis en place pour la surveillance des patients atteints par le Covid.

**AMENDEMENT AU PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027**

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE ...

Après l'article...

Insérer un article ainsi rédigé :

I. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° L'article L. 314-12 est ainsi rédigé :

« Des conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral destinées notamment à assurer l'organisation, la coordination et l'évaluation des soins, l'information et la formation sont mises en œuvre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

« Ces conditions peuvent porter sur des modes de rémunération particuliers autres que le paiement à l'acte et sur le paiement direct des professionnels par l'établissement. Des clauses spécifiques sont prévues dans le cas où le médecin coordonnateur de l'établissement intervient également auprès d'un ou de plusieurs résidents comme médecin traitant.

« Les infirmières et les infirmiers libéraux peuvent, à la demande du patient suivi auparavant au domicile, poursuivre en EHPAD toute prise en charge nécessaire.

« Un contrat portant sur ces conditions d'exercice est conclu entre le professionnel et l'établissement.

« Sont présumés ne pas être liés par un contrat de travail avec l'établissement les professionnels intervenant dans les conditions prévues au présent article. »

Exposé des motifs :

Les dysfonctionnements graves mis en lumière dans certains EHPAD ont démontré la nécessité de beaucoup mieux contrôler les structures accueillant des personnes âgées. Manifestement, les vérifications exercées par les divers services de l'État et des collectivités sont à la fois insuffisantes et défaillantes. Dans ce cadre, il serait particulièrement utile que des infirmières et infirmiers libéraux puissent poursuivre en EHPAD les soins engagés au domicile. Ces soignants extérieurs à l'institution seraient un gage de stabilité pour le patient et d'indépendance dans l'exercice de leur mission. Cette modification législative serait de nature à éviter certaines dérives.

**AMENDEMENT AU PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027**

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE ...

Après l'article...

Insérer un article ainsi rédigé :

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article R. 4311-5-1 est ainsi modifié :

a) Le I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Nonobstant les dispositions de l'article R. 4312-76, les infirmières et les infirmiers peuvent faire connaître au public, par tout moyen, les actes de vaccination et les bilans de prévention qu'ils réalisent, au moyen d'une information loyale, objective et dépourvue de caractère commercial. Ils peuvent également participer à des actions de promotion de la santé en faveur de la vaccination et de la prévention. »

Exposé des motifs :

La couverture vaccinale de la population stagne voire régresse malgré la multiplication du nombre d'effecteurs. Vacciner est au cœur du métier infirmier. Or, le code de déontologie des infirmiers interdit « tous procédés directs ou indirects de réclame ou de publicité » (article R. 4312-76 du code de la santé publique), ce qui limite fortement la capacité des infirmières et des infirmiers libéraux à faire savoir à la population qu'ils peuvent la vacciner. Il apparaît nécessaire qu'ils puissent faire connaître leur action en matière de vaccination, au moyen d'une information loyale, objective et dépourvue de caractère commercial.

S'agissant du bilan de prévention, ce nouveau dispositif propose aux assurés appartenant à des classes d'âge précises d'effectuer un point sur leurs facteurs de risque et vise à inciter les patients à devenir acteurs de leur santé, en adaptant leur comportement en conséquence. Au vu de l'enjeu fort en matière de santé publique, il apparaît là aussi nécessaire que les infirmières et les infirmiers libéraux puissent faire connaître leur offre de bilans de prévention et participer à des actions de promotion de la santé.

Il ne s'agit pas d'autoriser une publicité commerciale, incompatible avec l'exercice d'une profession de santé, mais de permettre une information de santé publique au service de la couverture vaccinale et de la prévention, dans le respect du principe selon lequel le soin ne doit pas être pratiqué comme un commerce.

**AMENDEMENT AU PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027**

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE ...

Après l'article...

Insérer un article ainsi rédigé :

I. – Les professionnels de santé mentionnés à la quatrième partie du code de la santé publique, effectuant selon une moyenne annuelle plus de 100 kilomètres par jour travaillé dans le cadre de leur activité professionnelle, bénéficient du remboursement partiel de la taxe intérieure de consommation sur les produits énergétiques (TICPE) selon les dispositions applicables aux entreprises de transport routier de marchandises et aux exploitants de transport public routier de voyageurs.

II. – La perte de recettes pour l'État est compensée à due concurrence par la majoration des droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Exposé des motifs :

Le prix des carburants est un frein à un accès équitable aux soins sur l'ensemble de notre territoire national. Il est donc indispensable que les professionnels de santé ayant un usage important de leur véhicule fassent l'objet d'une compensation fiscale afin d'éviter les pertes de chances et l'apparition de déserts infirmiers.

**AMENDEMENT AU PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027**

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE ...

Après l'article...

Insérer un article ainsi rédigé :

Chaque année, avant le 30 juin, les commissions des finances du Parlement procèdent à l'audition du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) et des directeurs généraux des services centraux du ministère de la santé.

Ces auditions donnent lieu à la présentation d'un rapport public détaillant :

- le nombre d'agents employés dans chacune de ces structures (CNAM, ministère, ARS), ventilé par catégorie et par mission ;
- l'évolution des effectifs sur les cinq dernières années ;
- les indicateurs d'efficience, de performance et d'impact des politiques mises en œuvre ;
- les objectifs à atteindre pour l'année suivante.

Sur la base de ce rapport, les commissions des finances peuvent proposer toute mesure budgétaire ou de rationalisation visant à améliorer l'efficience des dépenses publiques de santé, notamment la fixation d'objectifs de réduction, de stabilisation des effectifs ou de réorganisation lorsque cela est nécessaire à l'équilibre des comptes sociaux.

Exposé des motifs :

L'équilibre budgétaire de la branche maladie de la Sécurité sociale demeure durablement dégradé, malgré les efforts constants demandés aux professionnels de santé et aux assurés. Dans un contexte où la dette publique atteint des niveaux préoccupants et où la soutenabilité du système de santé est en jeu, il ne saurait être équitable de concentrer l'effort de redressement uniquement sur les acteurs de terrain.

Les structures administratives de pilotage du système de santé — la CNAM, les ARS et les services centraux du ministère de la santé — ont des effectifs importants et parfois croissants alors que l'informatisation, l'automatisation de certaines tâches et le déploiement de l'intelligence artificielle génèrent des gains de temps. Il est nécessaire d'évaluer objectivement l'impact réel sur la qualité du service rendu ou sur la maîtrise des dépenses.

La présente disposition vise à instaurer un contrôle parlementaire régulier sur le dimensionnement et l'efficience de ces structures.

Elle permettrait de garantir la transparence de l'action publique, d'améliorer la performance administrative et de veiller à une répartition plus juste des efforts entre les administrations centrales et les acteurs de terrain.

Cette mesure s'inscrit dans une logique de responsabilité, d'équité et d'exemplarité de l'État et de ses opérateurs dans la gestion des deniers publics.

**AMENDEMENT AU PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027**

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE ...

Après l'article...

Insérer un article ainsi rédigé :

I. – Il est expressément précisé que les mesures de reconnaissance, pour l'ouverture anticipée du droit à retraite et la majoration/validation de trimestres ou périodes assimilées prévues à l'article L. 25 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite, à l'article L. 351-1-1 du code de la sécurité sociale et aux autres dispositions législatives et réglementaires modifiées par l'article 104 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026, s'appliquent également, sans retard ni distinction, au régime de la CARPIMKO, dans les mêmes conditions que pour les autres régimes de base d'assurance vieillesse.

II. – Afin d'assurer l'égalité effective entre les assurées et assurés de la profession infirmière libérale — profession dont plus de 80 % des effectifs sont des femmes — l'État augmente sa participation financière aux dispositifs de neutralisation des majorations de durée d'assurance et aux validations de trimestres pour enfants ou périodes assimilées, en garantissant une dotation adaptée au financement de ces droits pour la CARPIMKO, dans les conditions fixées par le décret mentionné au III.

III. – Un décret en Conseil d'État détermine :

- a) les modalités d'application des dispositions ci-dessus au régime de la CARPIMKO (périodes assimilées, trimestres réputés cotisés, etc.) ;
- b) le taux ou le montant de la participation de l'État au financement de ces droits pour les affiliés de la CARPIMKO ;
- c) les modalités de suivi et d'évaluation de l'impact de cette mesure sur l'égalité de pension entre femmes et hommes dans la profession infirmière libérale.

IV. – Les dispositions du présent article sont applicables aux pensions liquidées relevant de la CARPIMKO selon les mêmes échéances que celles prévues pour les autres régimes de base d'assurance vieillesse.

Exposé des motifs :

Les infirmières et infirmiers libéraux relèvent, pour leur retraite, du régime géré par la CARPIMKO (Caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes). Ce régime, bien qu'intégrant les principes du code de la sécurité sociale, conserve des règles d'application propres, notamment pour la validation des trimestres, les bonifications et les départs anticipés.

Or, les dispositions de l'article 104 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026, qui visent à réduire les inégalités de pension entre les femmes et les hommes, ne mentionnent pas explicitement le régime de la CARPIMKO, alors même que la profession

infirmière libérale constitue l'un des secteurs les plus féminisés du système de santé : selon les données récentes de la DREES, plus de 82 % des infirmiers libéraux sont des femmes.

Cette surreprésentation féminine s'accompagne de spécificités professionnelles et sociales :

- De nombreuses interruptions ou réductions d'activité liées à la maternité, à la garde des enfants ou à la prise en charge de proches dépendants ;
- Une faible valorisation économique des actes, qui pèse sur le revenu d'activité et donc sur le montant futur des pensions ;
- Des carrières hachées du fait des contraintes d'exercice, du découpage territorial du soin libéral et de la difficulté à dégager un revenu constant sur l'ensemble d'une carrière.

Ces réalités se traduisent par des pensions inférieures à celles des hommes, et par un sentiment d'injustice croissant chez les professionnelles concernées, pourtant essentielles à la prise en charge des personnes âgées ou dépendantes, et au maintien à domicile.

En cohérence avec l'objectif de réduction des écarts de pension entre les femmes et les hommes, il apparaît donc indispensable que le régime de la CARPIMKO mette en œuvre les mêmes mesures.

En outre, compte tenu de l'équilibre financier spécifique du régime de la CARPIMKO, il est légitime que l'État participe au financement de cette mesure, au titre de l'effort national pour l'égalité femmes-hommes et de la reconnaissance du rôle central des infirmières et infirmiers libéraux dans la prise en charge sanitaire du pays. Cette participation permettra de garantir que les efforts de justice sociale et d'équité engagés dans le secteur public et salarié ne laissent pas à l'écart les professions indépendantes de santé, qui partagent les mêmes contraintes, les mêmes responsabilités et, souvent, les mêmes sacrifices familiaux.

**AMENDEMENT AU PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027**

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE ...

Après l'article...

Insérer un article ainsi rédigé :

L'article L. 5123-8 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Afin d'éviter le gaspillage des médicaments, lorsque leur forme pharmaceutique le permet, la délivrance de certains médicaments en officine se fait à l'unité. De la même manière, la délivrance de dispositifs médicaux et autres petits équipements ne peut excéder les besoins effectifs en termes de soins.

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des médicaments et dispositifs qui relèvent du présent article. Un décret en Conseil d'État fixe les modalités particulières de conditionnement, d'étiquetage et d'information de l'assuré ainsi que de traçabilité. »

Exposé des motifs :

On assiste depuis des années, et même des décennies, à un gaspillage de médicaments, généré notamment par les soins à domicile. Nombre de foyers français regorgent de médicaments et autres matériels qui ne sont jamais utilisés. Le format des boîtes de médicaments pour des traitements, les prescriptions médicales qui excèdent les normes de 30 à 70 % sont des éléments d'explication de cette situation. Chaque Français a une consommation moyenne de médicaments 40 % plus coûteuse que celle de ses voisins européens et jette en moyenne 1,5 kg de médicaments non utilisés par an. À l'heure de la sobriété et de la rationalisation de l'ensemble des dépenses, il est temps de mettre en place des mesures de nature à stopper cette gabegie comme c'est déjà le cas dans un certain nombre de pays.

**AMENDEMENT AU PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027**

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE ...

Après l'article...

Insérer un article ainsi rédigé :

Après l'article L. 644-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 644-2-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 644-2-1. – I. – La Caisse autonome de retraite et de prévoyance des infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, orthophonistes et orthoptistes (CARPIMKO) met en œuvre un dispositif spécifique de prévention et de reconnaissance de la pénibilité au travail pour les professionnels infirmiers exerçant à titre libéral.

« II. – Ce dispositif comprend :

« 1° Un diagnostic systématique des facteurs d'usure professionnelle et de troubles musculosquelettiques ;

« 2° Un accompagnement personnalisé en matière de prévention et d'adaptation des conditions d'exercice ;

« 3° La possibilité d'un départ anticipé à la retraite à taux plein à partir de soixante-deux ans lorsque la pénibilité de l'exercice est médicalement constatée ;

« 4° La création d'un fonds de prévention de l'usure professionnelle des professions libérales de santé, rattaché au Fonds d'investissement dans la prévention de l'usure professionnelle mentionné à l'article L. 221-1-5 du présent code, et abondé par l'État et par la Caisse nationale d'assurance maladie.

« III. – Un décret fixe les modalités d'application du présent article, notamment les critères de pénibilité applicables, les modalités de financement et la gouvernance du fonds dédié. »

Exposé des motifs :

Les infirmières et infirmiers libéraux exercent une activité essentielle à la continuité des soins et au maintien à domicile des patients. Cet exercice se caractérise par une charge physique et psychologique considérable : port de charges, gestes répétitifs, postures contraignantes, amplitudes horaires dépassant régulièrement douze heures par jour et exposition au stress et à la détresse humaine. Selon une enquête nationale conduite par Convergence Infirmière en mai 2025 auprès de plus de deux mille répondants :

- 98,5 % jugent « aberrant » de devoir attendre 67 ans pour bénéficier d'une retraite à taux plein ;
- 75 % souffrent de lombalgies chroniques ;
- 32,9 % sont atteints d'un syndrome de la coiffe des rotateurs à l'épaule ;
- 23,8 % présentent un syndrome du canal carpien ;

- 61 % déclarent avoir traversé un épuisement professionnel, dont 34 % un burn-out avéré.

Ces chiffres attestent d'une usure physique et psychologique majeure, reconnue par ailleurs dans le rapport ministériel du 9 octobre 2023 sur la santé des professionnels de santé. Pourtant, à la différence des salariés, les infirmiers et infirmières libéraux ne bénéficient d'aucun dispositif d'évaluation de la pénibilité, ni d'un accès à une médecine du travail dédiée, ni de l'appui du Fonds d'investissement dans la prévention de l'usure professionnelle (FIPU), instauré en 2023.

Cette situation crée une inégalité manifeste entre les professionnels libéraux et les salariés du système de santé, alors que les premiers assurent une part essentielle de la prise en charge à domicile, notamment dans les zones rurales et sous-dotées. Leur exclusion du champ du FIPU prive près de 130 000 infirmières et infirmiers libéraux d'un droit élémentaire à la prévention de la pénibilité.

L'objet du présent amendement est donc double :

1° Créer un FIPU-Libéral, intégré à la logique du FIPU existant, financé conjointement par l'État et la Caisse nationale d'assurance maladie ;

2° Reconnaître la pénibilité de l'exercice infirmier libéral en permettant un départ à taux plein anticipé dès 62 ans, pour celles et ceux dont l'usure professionnelle est médicalement établie.

Cette mesure vise à rétablir l'équité entre les différents modes d'exercice des professions de santé, à prévenir l'épuisement professionnel et à garantir la pérennité d'un maillage infirmier libéral indispensable à la santé publique et au maintien à domicile.

**AMENDEMENT AU PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027**

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE ...

Après l'article...

Insérer un article ainsi rédigé :

Le secret des délibérations au sein de la commission paritaire nationale et des commissions paritaires locales des professionnels de santé libéraux est abrogé.

Exposé des motifs :

Un secret des délibérations est institué par les conventions nationales des professions de santé libérales lors du déroulement de la commission paritaire nationale et des commissions paritaires locales. Cette disposition est assortie de sanctions pénales. Alors que les débats parlementaires sont publics, diffusés en vidéo et que des comptes rendus écrits exhaustifs sont disponibles, cette disposition est anachronique. Les professionnels de santé réclament un légitime droit à l'information et à la transparence.

**AMENDEMENT AU PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027**

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE ...

Après l'article...

Insérer un article ainsi rédigé :

I. – Le code du travail est ainsi modifié :

1° L'article L. 1331-2 est ainsi rédigé :

« Les amendes ou autres sanctions pécuniaires sont interdites hormis pour les agents des CPAM et de la CNAM.

« En cas d'erreur manifeste lors des procédures de contrôle des professionnels de santé libéraux, l'agent de contrôle peut faire l'objet de sanctions pécuniaires. La directrice ou le directeur de la caisse primaire d'assurance maladie concernée ainsi que la directrice ou le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie sont solidairement responsables.

« Les modalités d'application de ces dispositions sont définies par décret. »

Exposé des motifs :

L'arsenal de contrôle et de sanctions des professionnels de santé libéraux n'a jamais été aussi important : déconventionnement en urgence, indus par extrapolation avec l'article 102 du PLFSS 2023 et projet de suspension automatique de la participation de l'assurance maladie à la prise en charge des cotisations dans l'article 7 du PLFSS 2024.

Les professionnels de santé libéraux n'ont pas droit à l'erreur alors que les agents qui les contrôlent ne risquent strictement aucune sanction. Des procédures d'indus de plusieurs dizaines voire centaines de milliers d'euros qui induisent une charge mentale énorme et ont des conséquences professionnelles, familiales, psychologiques extrêmement lourdes se soldent parfois in fine par une extinction de toute poursuite. Des prélèvements financiers sont effectués par les CPAM mettant financièrement en péril la situation de familles entières.

Aussi, afin d'encadrer certaines dérives administratives dans le cadre de la volonté affichée de récupérer des volumes financiers importants afin de combler le déficit public, il est nécessaire que les erreurs avérées dans les procédures de contrôle soient financièrement sanctionnées.

AMENDEMENT AU PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE ...

Après l'article...

Insérer un article ainsi rédigé :

I. – L'article L. 5125-23-3 du code de la santé publique est abrogé.

II. – L'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le V bis est supprimé ;

2° À la première phrase du premier alinéa du VI, les deux occurrences des mots : « , V et V bis » sont remplacées par les mots : « et V ».

Exposé des motifs :

Le principe de substitution pour les dispositifs médicaux a été introduit par l'article 60 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, dans un contexte de crise sanitaire marqué par des tensions d'approvisionnement exceptionnelles. Il a créé l'article L. 5125-23-3 du code de la santé publique et modifié l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale en y insérant un V bis.

Depuis la fin de la crise sanitaire, les risques de ruptures de dispositifs médicaux se sont résorbés. La justification conjoncturelle qui avait fondé ce mécanisme n'existe plus. Le présent amendement propose en conséquence de supprimer ces dispositions devenues sans objet.

Au-delà de ce constat, le maintien du mécanisme de substitution soulève des difficultés structurelles propres aux dispositifs médicaux qui le rendent inadapté à ce secteur.

Les dispositifs médicaux ne fonctionnent pas selon le modèle « médicament princeps / médicament générique ». Deux produits inscrits sur une même ligne générique de la liste des produits et prestations remboursables peuvent présenter des caractéristiques techniques, fonctionnelles et ergonomiques significativement différentes. L'interchangeabilité qui fonde la logique de substitution dans le domaine du médicament — reposant sur l'identité de la molécule active — n'a pas d'équivalent pour les dispositifs médicaux, dont l'efficacité dépend précisément de l'adéquation du produit aux caractéristiques individuelles du patient et de sa pathologie.

La mise en œuvre de la substitution présente en conséquence plusieurs risques sérieux :

- elle repose sur un postulat erroné d'interchangeabilité des dispositifs médicaux ;
- elle remet en cause le principe d'adaptation de la prescription aux besoins individuels du patient et augmente les risques de mésusage et de non-observance ;
- elle fragilise le rôle du médecin prescripteur et la cohérence du parcours de soins ;

- elle n'est pas un outil de maîtrise des dépenses : le dispositif substitué, inadapté au patient, conduira in fine à la prescription du produit initial, générant un surcoût net pour l'assurance maladie ;
- elle impliquera un traitement non homogène des patients selon les canaux de distribution ;
- elle présente un risque élevé de dérives commerciales préjudiciables à la diversité de l'offre, à l'attractivité du marché français, à la souveraineté sanitaire et à l'innovation.

Pour l'ensemble de ces raisons, le présent amendement propose de supprimer les dispositions introduites en 2022, dont le maintien n'est ni justifié par le contexte actuel ni adapté aux spécificités du secteur des dispositifs médicaux.

**AMENDEMENT AU PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027**

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE ...

Après l'article...

Insérer un article ainsi rédigé :

I. – L'article L. 5125-23-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article ne s'applique pas aux dispositifs médicaux destinés au soin des plaies inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. »

II. – Au V bis de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, après les mots : « dispositifs médicaux », sont insérés les mots : « , à l'exception des dispositifs médicaux destinés au soin des plaies, ».

Exposé des motifs :

Le présent amendement vise à exclure du champ de la substitution par le pharmacien les dispositifs médicaux destinés au soin des plaies, en cohérence avec les évolutions récentes du cadre législatif et réglementaire applicable à la prise en charge de ces patients.

La loi relative à l'exercice infirmier et les arrêtés d'application qui en découlent ont significativement étendu les prérogatives des infirmiers en matière de prise en charge directe des plaies, notamment leur capacité de prescription et de renouvellement de certains dispositifs médicaux. Ces évolutions consacrent un modèle de soins fondé sur la coordination entre le prescripteur, médecin ou infirmier selon les cas, et le dispensateur, dans lequel l'adéquation du dispositif aux caractéristiques cliniques précises de la plaie est déterminante pour l'efficacité thérapeutique.

Or, les dispositifs médicaux de soin des plaies se caractérisent par une très grande diversité de propriétés techniques (absorption, adhérence, perméabilité, composition) qui les rend particulièrement sensibles à toute substitution non médicalement encadrée. Contrairement aux médicaments génériques, qui partagent la même molécule active, deux pansements inscrits sur une même ligne générique de la LPP peuvent présenter des caractéristiques fonctionnelles et cliniques significativement différentes, rendant leur interchangeabilité inadaptée voire préjudiciable à la cicatrisation.

Permettre la substitution de ces produits au niveau de la dispensation fragiliserait la cohérence du parcours de soins que la loi infirmière entend précisément renforcer, en dissociant la décision de prescription de la décision de délivrance sans garantie d'équivalence clinique. Cette substitution contreviendrait à l'objectif de renforcement de la coordination des soins entre prescription et délivrance qui fonde les nouvelles prérogatives infirmières.

Le présent amendement ne remet pas en cause le principe général de la substitution pour les autres catégories de dispositifs médicaux. Il circonscrit l'exclusion aux seuls dispositifs de soin des plaies, pour lesquels les enjeux de personnalisation de la prise en charge et de continuité thérapeutique justifient une protection spécifique.

**AMENDEMENT AU PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027**

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE ...

Après l'article...

Insérer un article ainsi rédigé :

I. – Après l'article L. 6125-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6125-1-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 6125-1-1. – I. – L'admission d'un patient en hospitalisation à domicile est subordonnée au respect strict des critères d'inclusion définis par voie réglementaire, au regard notamment de la complexité et de la fréquence des actes mentionnés à l'article R. 6121-4-1. Ces critères sont appréciés et tracés dans le dossier médical du patient lors de l'admission, puis à chaque réévaluation de la prise en charge.

« II. – L'hospitalisation à domicile ne peut se substituer aux soins de ville dispensés au domicile du patient par les professionnels de santé libéraux, notamment les infirmiers, lorsque l'état du patient ne justifie pas une prise en charge hospitalière. Elle ne peut avoir pour objet ou pour effet de remplacer ces professionnels pour des soins relevant de leur exercice courant.

« III. – Lorsqu'un établissement d'hospitalisation à domicile fait appel à des infirmiers libéraux, ceux-ci sont rémunérés conformément à la nomenclature générale des actes professionnels et aux dispositions conventionnelles en vigueur. Aucun acte ne peut être facturé selon des modalités ou à des tarifs moins favorables que ceux qui leur sont applicables en exercice de ville.

« IV. – Les agences régionales de santé contrôlent le respect des I à III lors de l'instruction des autorisations et à l'occasion des contrôles prévus à l'article L. 1432-2. Les résultats de ces contrôles sont transmis chaque année au Parlement. »

II. – Un décret précise les conditions d'application du présent article.

Exposé des motifs :

L'hospitalisation à domicile (HAD) est une modalité d'hospitalisation à part entière. Aux termes de l'article R. 6121-4-1 du code de la santé publique, elle assure au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable, des soins continus et coordonnés qui se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. Elle est réservée aux patients dont l'état justifierait, à défaut, une hospitalisation avec hébergement.

Or, des remontées convergentes de terrain font état d'admissions en HAD de patients dont l'état relève de soins de ville, notamment des soins infirmiers courants (pansements, injections, surveillance) que les infirmiers libéraux assurent quotidiennement dans le cadre de la NGAP. Ces pratiques détournent l'HAD de sa vocation, fragilisent la continuité des soins assurée par les professionnels libéraux et mettent en difficulté les patients privés de leur infirmier habituel.

Ces pratiques ont un coût pour l'assurance maladie. Le prix de journée moyen en HAD s'établit autour de 225 € selon les éléments publiés par Convergence Infirmière, sans commune mesure avec le coût des mêmes soins lorsqu'ils sont réalisés en ville par un infirmier libéral, rémunéré à l'acte selon la

NGAP. À l'heure où l'ONDAM 2027 est prévu à +2,0 %, l'adéquation du lieu et du niveau de prise en charge est un impératif d'efficience.

Un accord entre les représentants de l'HAD et des infirmiers libéraux a été conclu le 19 novembre 2025 pour mieux articuler leurs interventions, notamment sur le respect de la NGAP. Cet accord n'a toutefois pas de valeur normative et ne suffit pas à prévenir les dérives constatées.

Le présent amendement inscrit donc dans la loi trois garanties : le respect strict des critères d'inclusion en HAD, l'interdiction de substituer l'HAD aux soins de ville relevant des professionnels libéraux, et le respect de la NGAP pour les infirmiers libéraux sollicités par les établissements d'HAD. Il prévoit un contrôle par les ARS et une information annuelle du Parlement.

**AMENDEMENT AU PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027**

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE ...

Après l'article...

Insérer un article ainsi rédigé :

L'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Tout acte de soins, de prévention ou d'administration réalisé par un pharmacien d'officine, notamment la vaccination, la réalisation de pansements et la prise en charge des plaies, ne peut être effectué que dans une salle de soins dédiée. Cette salle, distincte de l'espace de vente et de dispensation, est située au sein de l'officine ou dans un local attenant ou extérieur à celle-ci. Elle est soumise aux mêmes normes d'hygiène, d'asepsie, de sécurité, d'accessibilité, d'équipement, de gestion des déchets d'activités de soins et de confidentialité que celles applicables aux cabinets des autres professionnels de santé réalisant les mêmes actes. Un décret précise ces normes. »

Exposé des motifs :

Les compétences des pharmaciens d'officine ont été progressivement étendues à des actes de soins : vaccination, dont le champ a été élargi par le décret n° 2023-736 du 8 août 2023, et prise en charge de situations cliniques à l'officine dans le cadre de l'expérimentation OSyS, qui inclut notamment les plaies simples et les brûlures du premier degré.

Or, les exigences matérielles applicables à ces actes sont aujourd'hui très inférieures à celles qui s'imposent aux autres professionnels de santé. Le cahier des charges de la vaccination à l'officine, pris en application de l'arrêté du 8 août 2023 modifié, se limite pour l'essentiel à un espace de confidentialité, une table ou un bureau et une chaise, un point d'eau ou une solution hydroalcoolique, du matériel d'injection et une trousse de première urgence. Il n'impose ni local de soins dédié, ni normes comparables à celles d'un cabinet de soins.

Réaliser un pansement ou une injection suppose pourtant un environnement garantissant l'asepsie, la sécurité du patient, la maîtrise du risque infectieux, l'élimination des déchets d'activités de soins à risque infectieux, la prise en charge d'une éventuelle réaction indésirable et le respect de l'intimité. Ces actes ne peuvent être réalisés dans un espace commercial ouvert au public, à proximité immédiate de produits de santé et de flux de clientèle, sans compromettre la qualité et la sécurité des soins.

Le présent amendement pose donc un principe de cohérence : tout acte de soins doit être réalisé dans une salle de soins dédiée, séparée de l'espace de vente et soumise aux mêmes normes que celles qui s'appliquent aux autres professionnels de santé. Il laisse au pharmacien le choix d'aménager cette salle dans l'officine ou dans un local attenant ou extérieur, et renvoie à un décret le soin de fixer les normes.

**AMENDEMENT AU PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027**

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE ...

Après l'article...

Insérer un article ainsi rédigé :

I. – Après l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-1-7-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-1-7-2. – I. – Lorsqu'un même acte ou un même soin, strictement identique dans son contenu technique, ses conditions de réalisation et le service rendu au patient, peut être réalisé par plusieurs catégories de professionnels de santé dans le cadre de leurs compétences légales, il donne lieu, pour la prise en charge par l'assurance maladie, à une rémunération de même niveau, quelle que soit la profession de santé qui le réalise.

« II. – L'appartenance à une profession ne constitue pas un critère de différenciation tarifaire entre actes strictement identiques. Seules des différences objectives portant sur le contenu de l'acte, sa complexité ou les conditions de sa réalisation peuvent justifier des écarts de rémunération.

« III. – Les conventions nationales, les nomenclatures et les accords conventionnels interprofessionnels sont mis en conformité avec le présent article. Un rapport annuel de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, transmis au Parlement, recense les actes concernés et les écarts de rémunération constatés. »

II. – Les dispositions du I entrent en vigueur au plus tard le 1er janvier 2028.

Exposé des motifs :

Plusieurs actes de soins peuvent désormais être réalisés par différentes professions de santé, à la faveur des élargissements successifs de compétences (vaccination, dépistage, soins courants). Or, l'assurance maladie rémunère parfois ces actes à des niveaux très différents selon la profession qui les réalise, alors que le geste, le temps passé, la responsabilité engagée et le service rendu au patient sont identiques.

L'exemple de la vaccination est parlant : pour un même acte d'injection vaccinale, les niveaux de rémunération fixés pour les pharmaciens et pour les infirmiers libéraux sont différents, au détriment de ces derniers.

Cette situation de « deux poids, deux mesures » n'a aucune justification objective. Elle est injuste pour les professionnels, qui engagent la même responsabilité et la même technicité pour un résultat identique. Elle fragilise aussi la cohérence de l'offre de soins en incitant à orienter les actes selon des considérations tarifaires plutôt qu'en fonction de l'intérêt du patient et de la proximité des soignants.

Le présent amendement pose donc le principe d'une rémunération de même niveau pour des actes strictement identiques, quelle que soit la profession de santé. Il réserve les écarts à des différences objectives de contenu, de complexité ou de conditions de réalisation, charge la négociation

conventionnelle de mettre les nomenclatures en conformité, et prévoit un suivi annuel devant le Parlement.

AMENDEMENT AU PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027

ARTICLE 33

À l'article 33

Compléter cet article par trois paragraphes ainsi rédigés :

VIII. – L'article L. 4021-6 du code de la santé publique, dans sa rédaction résultant du 4° du I du présent article, est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les ressources consacrées au financement de la formation continue des professionnels de santé exerçant à titre libéral et en centres de santé font l'objet d'une enveloppe dédiée, identifiée au sein des contributions des régimes obligatoires d'assurance maladie mentionnées à l'alinéa précédent. Cette enveloppe est réservée au financement des actions de ces professionnels. Son montant annuel ne peut être inférieur à celui de l'année précédente. Elle ne peut être ni fusionnée avec d'autres fonds, ni affectée, même partiellement, au financement de la formation des professionnels salariés ou à toute autre mission, à l'exception des frais de gestion de la Haute Autorité de santé et de la Caisse des dépôts et consignations, dont le plafond est fixé par la convention prévue à l'article L. 4021-6-1 et ne peut excéder un pourcentage fixé par décret. »

IX. – Les professionnels de santé relevant d'un ordre professionnel et exerçant à titre libéral ou en centre de santé conservent, au titre de la certification périodique ou de toute autre obligation de formation qui se substituerait au développement professionnel continu, un accès au financement de leur formation dans des conditions au moins équivalentes à celles dont ils bénéficiaient avant l'entrée en vigueur de la présente loi.

X. – Le Gouvernement remet chaque année au Parlement, avant le 1er octobre, un rapport retraçant l'exécution de cette enveloppe, ses bénéficiaires par profession et la part consacrée aux frais de gestion.

Exposé des motifs :

L'article 33 du projet de loi supprime l'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC). La définition des orientations scientifiques est confiée à la Haute Autorité de santé, la gestion administrative et financière à la Caisse des dépôts et consignations. Il limite aussi l'obligation de développement professionnel continu (DPC) aux professionnels qui ne relèvent pas d'un ordre, et allonge de trois à six ans la période de justification.

La formation continue des professionnels de santé libéraux est fondamentale pour la qualité et la sécurité des soins. Ces professionnels, qui exercent le plus souvent seuls, n'ont pas d'employeur pour financer leur formation ni de plan de formation interne. Le financement par l'assurance maladie est, pour eux, la condition de l'accès à la formation, donc du maintien de leurs compétences, en particulier avec les élargissements récents de leurs prérogatives.

Or, l'article 33 ne garantit pas la préservation des moyens consacrés à ce financement. Il prévoit que les ressources de la HAS et de la Caisse des dépôts sont constituées de contributions de l'assurance maladie « dont les montants sont fixés chaque année », sans plancher, et qu'une part de ces ressources financera les frais de mise en œuvre des nouvelles missions. Il ne dit rien du devenir du financement

des professionnels ordinaires exerçant à titre libéral, dont l'obligation de DPC est supprimée au profit de la certification périodique. Il existe un risque que les fonds actuellement dédiés aux libéraux soient fondus dans d'autres dispositifs, réduits ou captés au profit d'autres publics, notamment les salariés, dont la formation relève d'autres financeurs.

Le présent amendement complète l'article 33 pour sanctuariser l'enveloppe de formation des professionnels libéraux et des centres de santé. Il l'identifie, la réserve à ces professionnels, interdit sa fusion avec d'autres fonds et son détournement, et plafonne les frais de gestion. Il garantit aussi un accès au financement aux professionnels ordinaires libéraux dans le nouveau cadre, et prévoit un compte rendu annuel au Parlement.

**AMENDEMENT AU PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027**

ARTICLE 32

À l'article 32

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

III. – Les dispositions du présent article sont applicables dans les conditions suivantes :

1° La restitution prévue au quatrième alinéa de l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du présent article, ne peut être exigée lorsque le non-respect des délais et conditions de transmission résulte d'une défaillance du logiciel de facturation, de son éditeur, du service de transmission ou du réseau, d'un cas de force majeure ou de toute circonstance indépendante de la volonté du professionnel, de l'organisme ou de l'établissement concerné ;

2° La restitution est précédée d'une mise en demeure motivée, laissant au professionnel un délai raisonnable, qui ne peut être inférieur à deux mois, pour régulariser sa situation et présenter ses observations. Elle est proportionnée à la gravité et au caractère répété du manquement et ne peut excéder le montant des seules prestations concernées par le manquement ;

3° Les délais de mise en conformité avec les cahiers des charges mentionnés à l'article L. 161-35-2 courent à compter de la mise à disposition effective et gratuite, par l'éditeur, de la version du logiciel agréée correspondante. Aucun coût lié à ces évolutions ne peut être mis à la charge des professionnels de santé ;

4° Le délai de prescription de l'action du professionnel prévue à l'article L. 161-36-3-1 ne peut être inférieur à celui dont disposent les organismes d'assurance maladie pour exercer leur action en recouvrement des sommes indûment versées ;

5° Les délais et conditions de transmission mentionnés au premier alinéa de l'article L. 161-33 sont fixés après concertation avec les organisations représentatives des professionnels de santé concernés.

Exposé des motifs :

L'article 32 conditionne la facturation à l'assurance maladie au respect de règles d'usage des outils de facturation (SESAM-Vitale, cahiers des charges, transmission dématérialisée des pièces, vérification en ligne des droits) et permet aux caisses d'exiger la restitution des sommes versées en tiers payant lorsque les délais et conditions de transmission ne sont pas respectés. Il instaure en outre une prescription d'un an de l'action des professionnels en paiement du tiers payant. L'exposé des motifs du projet de loi rappelle lui-même que les difficultés de facturation (rejets, indus) ne sont souvent pas directement imputables aux professionnels, aucune obligation ne pesant jusqu'ici sur les éditeurs de logiciels.

Les infirmiers libéraux, qui facturent quotidiennement en tiers payant, sont particulièrement exposés. Ils exercent en tournée, souvent en mobilité, et dépendent entièrement de leurs outils numériques et de la qualité du réseau. Sanctionner par une restitution des sommes versées un retard dû à une panne, à une mise à jour tardive de l'éditeur ou à une indisponibilité du service serait injuste et

disproportionné, d'autant plus que la restitution est assimilée à une cotisation de sécurité sociale pour son recouvrement.

Le présent amendement encadre donc le dispositif par des garanties de bon sens : exclusion de la restitution lorsque le manquement ne dépend pas du professionnel, mise en demeure préalable avec un délai de régularisation, proportionnalité de la restitution, délais de mise en conformité courant à compter de la mise à disposition effective et gratuite des logiciels par l'éditeur, réciprocité des délais de prescription entre professionnels et caisses, et concertation avec les représentants des professionnels pour fixer les délais.

**AMENDEMENT AU PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027**

ARTICLE 29

À l'article 29

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

III. – L'obligation de participation aux programmes de dépistage prévue au troisième alinéa de l'article L. 1411-8 du code de la santé publique est soumise aux conditions suivantes :

1° Elle ne peut être imposée qu'après concertation avec les organisations représentatives des professionnels concernés et sur la base d'un diagnostic territorial publié établissant l'insuffisance de l'accès effectif de la population au programme concerné ;

2° Elle ne peut porter que sur des actes que le professionnel est légalement habilité à réaliser, pour lesquels il a reçu une formation adaptée, et qui font l'objet d'une rémunération spécifique couvrant le temps et les moyens nécessaires à leur réalisation ;

3° Elle tient compte de la nature, du volume et des modalités d'exercice du professionnel, notamment de l'exercice en tournée ou à domicile, ainsi que des contraintes de déplacement ;

4° Aucune sanction ne peut être prononcée en cas d'impossibilité tenant à l'insuffisance de l'offre, des équipements, des créneaux ou des moyens mis à la disposition du professionnel. Toute sanction est graduée et proportionnée, précédée d'une mise en demeure motivée laissant un délai de régularisation qui ne peut être inférieur à trois mois, et ouvre droit à un recours.

Exposé des motifs :

L'article 29 permet d'imposer aux professionnels de santé et aux structures de soins de participer aux programmes de dépistage lorsque l'accès effectif de la population est jugé insuffisant, avec des sanctions conventionnelles. L'exposé des motifs du projet de loi vise en particulier les dérives de financiarisation, notamment dans l'imagerie médicale, et le dépistage du cancer du sein. Mais le texte ne vise que « les professionnels de santé et structures de soins », sans délimiter le champ, renvoyé à un décret en Conseil d'État.

Cette rédaction large fait peser un risque sur les professionnels de proximité, dont les infirmiers libéraux, qui ne relèvent pas de la logique de rente que le texte entend corriger. Une obligation de participation qui s'appliquerait à eux sans formation, sans rémunération dédiée et sans tenir compte de leur exercice en tournée à domicile, déjà fragilisé par des déplacements effectués à perte, serait contre-productive pour la prévention elle-même.

Le présent amendement n'ôte rien à l'ambition de l'article. Il en précise les garanties : concertation avec les représentants des professionnels, diagnostic territorial publié, actes relevant de la compétence du professionnel et faisant l'objet d'une rémunération spécifique, prise en compte des modalités d'exercice, absence de sanction en cas d'impossibilité tenant à l'offre, mise en demeure préalable et droit au recours.

**AMENDEMENT AU PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027**

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE ...

Après l'article...

Insérer un article ainsi rédigé :

I. – Après l'article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-12-2-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-12-2-1. – Afin de garantir l'accès effectif aux soins de premier recours et de lutter contre la désertification médicale et paramédicale, les actes et indemnités de déplacement des infirmières et des infirmiers libéraux exerçant dans les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, telles que définies en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, font l'objet d'une majoration spécifique et pérenne fixée par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-12-2.

« Un décret précise les modalités d'application de cette majoration, ainsi que les critères garantissant sa revalorisation en fonction de l'évolution des coûts des transports et des carburants.
»

II. – La perte de recettes pour les régimes obligatoires d'assurance maladie est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits mentionnés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Exposé des motifs :

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2027 met l'accent sur la solidarité territoriale et le renforcement de l'offre de soins via le réseau France Santé, mais se concentre principalement sur la profession médicale. Or, dans les territoires ruraux comme dans certains quartiers urbains fragilisés, l'infirmière ou l'infirmier libéral constitue souvent le dernier maillon sanitaire de proximité.

L'inflation du coût des carburants et la sous-valorisation historique des indemnités de déplacement (IFD et indemnités kilométriques) menacent directement la pérennité des tournées en zone sous-dense. Le présent amendement instaure une majoration spécifique et pérenne des actes et indemnités de déplacement des infirmiers libéraux exerçant dans ces zones, indexée sur l'évolution des coûts des transports et des carburants, afin d'éviter une rupture d'égalité d'accès aux soins pour les patients isolés.

**AMENDEMENT AU PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027**

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE ...

Après l'article...

Insérer un article ainsi rédigé :

I. – L'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Aucune action en recouvrement d'indu ne peut être engagée à l'encontre d'un professionnel de santé libéral sur le seul fondement d'un traitement automatisé de données ou d'un croisement algorithmique de masse. Tout signalement d'anomalie ou de minoration de facturation doit faire l'objet d'une instruction contradictoire préalable associant une validation humaine par un collègue paritaire ou médical au sein de l'organisme de sécurité sociale, garantissant au professionnel la possibilité de présenter ses observations écrites dans un délai minimal de deux mois. »

II. – Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État.

Exposé des motifs :

Les organismes de sécurité sociale industrialisent le contrôle des facturations des professionnels de santé par des algorithmes et des traitements de données de masse. Ces contrôles automatisés génèrent de façon récurrente des ordres de récupération d'indus injustifiés, fondés sur des lectures rigides ou erronées de la NGAP, qui pèsent lourdement sur la santé psychologique et financière des infirmiers libéraux.

Alors que l'article 32 du projet de loi renforce les obligations et les sanctions pesant sur les professionnels en matière de facturation, il est impératif de rééquilibrer la relation en posant un principe de garantie procédurale : aucun traitement automatisé ne saurait se substituer au discernement humain et au contradictoire dans l'examen de l'activité d'un soignant de terrain.

**AMENDEMENT AU PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027**

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE ...

Après l'article...

Insérer un article ainsi rédigé :

I. – Au plus tard le 1er septembre de chaque année, le Gouvernement remet au Parlement un rapport public comparant l'évolution des enveloppes financières et des dotations allouées au secteur hospitalier et à l'hospitalisation à domicile, d'une part, et l'évolution de l'enveloppe globale des soins de ville et des honoraires des professionnels de santé libéraux, d'autre part.

II. – Ce rapport analyse l'impact comparé de ces investissements sur la prévention, la réduction des réhospitalisations évitables et le coût global de la prise en charge pour les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale.

Exposé des motifs :

Chaque année, les lois de financement de la sécurité sociale reconduisent des plans de soutien importants au secteur hospitalier, tandis que les professionnels de santé libéraux de ville font face à des contraintes budgétaires fortes et à une stagnation de leurs tarifs conventionnels.

Il est indispensable que la représentation nationale dispose d'un outil de transparence permettant de mesurer objectivement le coût d'une politique de santé centrée sur l'hôpital par rapport au rendement socio-économique d'un investissement réalisé en ville auprès des acteurs de premier recours, comme les infirmiers libéraux.

**AMENDEMENT AU PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027**

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE ...

Après l'article...

Insérer un article ainsi rédigé :

I. – À prise en charge comparable, les tarifs des prestations d'hospitalisation à domicile prises en charge par l'assurance maladie ne peuvent excéder, pour la part correspondant aux soins infirmiers, le montant de la rémunération qui serait due, pour les mêmes soins, à une infirmière ou un infirmier libéral en application de la nomenclature générale des actes professionnels et de la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale, frais de déplacement compris.

II. – Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation et des organisations représentatives des infirmiers libéraux, définit les prises en charge comparables et détermine, pour chaque groupe homogène de tarifs, la part du tarif correspondant aux soins infirmiers.

III. – Le présent article entre en vigueur le 1er janvier 2028.

Exposé des motifs :

Le présent projet de loi s'inscrit dans un contexte de déficit persistant des comptes sociaux et des finances publiques. Le déficit de la branche maladie atteindrait 12,5 milliards d'euros en 2026 et 7,8 milliards d'euros en 2027, après 15,9 milliards d'euros en 2025, et le solde de l'ensemble des régimes obligatoires de base serait de – 12,7 milliards d'euros en 2027. Ce redressement repose principalement sur des mesures d'économies portant sur l'ONDAM, dont la progression est limitée à 2,0 %.

Dans le même temps, l'activité de l'hospitalisation à domicile (HAD) progresse à un rythme soutenu et continu. Selon les données du PMSI, l'HAD a réalisé 8,1 millions de journées en 2025, en hausse de 6,1 % sur un an, pour 201 500 patients (+ 9,2 %) et 365 500 séjours (+ 11,2 %). Entre 2021 et 2025, le nombre de journées a progressé d'environ 20 %, celui des patients d'environ 28 % et celui des séjours d'environ 37 %, la hausse s'accroissant depuis 2023. L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation relève que cette croissance repose principalement sur l'intensification du recours à l'HAD, qui explique 77 % de la hausse du nombre de journées entre 2018 et 2025, le taux de recours passant de 1,8 à 3,0 patients pour 1 000 habitants. Les établissements d'HAD étant rémunérés à la journée, cette progression de l'activité se traduit directement par une hausse des dépenses de l'assurance maladie, alors même que l'ONDAM est contraint.

Or, à prise en charge comparable, le coût d'une journée d'HAD est sans commune mesure avec celui des mêmes soins dispensés en ville par un infirmier libéral rémunéré selon la nomenclature générale des actes professionnels. Le prix de journée moyen en HAD s'établit autour de 225 € selon les éléments publiés par Convergence Infirmière. Cette distorsion ne se justifie pas lorsque les soins dispensés sont de même nature, d'autant que les établissements d'HAD font eux-mêmes appel à des infirmiers libéraux pour réaliser une partie de ces soins.

Le présent amendement pose donc un principe simple : à prise en charge comparable, la part des tarifs de l'HAD correspondant aux soins infirmiers ne peut excéder la rémunération des mêmes soins en ville. Il renvoie à un arrêté, pris après avis de l'ATIH et des représentants des infirmiers libéraux, la définition des prises en charge comparables. Il ne remet pas en cause le financement des missions propres à l'HAD (coordination, continuité et permanence des soins), mais met fin à une distorsion de financement qui pèse sur l'assurance maladie sans être justifiée par le service rendu.

**AMENDEMENT AU PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027**

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE ...

Après l'article...

Insérer un article ainsi rédigé :

I. – Lorsqu'un établissement d'hospitalisation à domicile intervient auprès d'un résident d'un établissement mentionné au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, son intervention est complémentaire de celle des personnels soignants de l'établissement et ne peut s'y substituer. Elle ne peut porter que sur des soins que l'établissement n'est pas en mesure d'assurer avec les personnels financés par le forfait global relatif aux soins mentionné au 1° de l'article L. 314-2 du même code.

II. – La convention conclue entre l'établissement d'hospitalisation à domicile et l'établissement d'hébergement précise, pour chaque prise en charge, la répartition des soins entre leurs personnels respectifs. Elle est transmise à l'agence régionale de santé.

III. – Les tarifs des prestations d'hospitalisation à domicile réalisées dans ces établissements font l'objet d'une minoration, fixée chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, de manière à exclure tout double financement par l'assurance maladie des mêmes soins au titre, d'une part, du forfait global relatif aux soins et, d'autre part, des prestations d'hospitalisation à domicile.

IV. – L'agence régionale de santé contrôle chaque année le respect du présent article. Les sommes perçues au titre d'un double financement sont récupérées par l'assurance maladie. Le nombre de journées d'hospitalisation à domicile réalisées dans ces établissements, les dépenses correspondantes et les résultats des contrôles font l'objet d'une publication annuelle.

Exposé des motifs :

L'intervention de l'hospitalisation à domicile (HAD) dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) connaît une progression continue depuis 2021. Selon les données du PMSI, l'HAD a réalisé 846 232 journées en EHPAD en 2025, en hausse de 8,8 % sur un an, soit une progression plus rapide que l'ensemble de l'activité d'HAD (+ 6,1 %). Au total, l'HAD a compté 894 823 journées en établissements et services médico-sociaux en 2025 (+ 9,1 %), dont 95 % en EHPAD. Le nombre de patients pris en charge dans ces établissements a progressé de 17,2 % en un an ; il atteint 37 000 résidents d'EHPAD, soit 4 % des résidents. Les résidents d'EHPAD représentent 18 % des patients d'HAD et 10 % des journées et, selon l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, près d'un nouveau patient admis en HAD sur trois entre 2018 et 2025 réside en EHPAD. Plus de quatre journées sur cinq concernent des pansements complexes, des soins palliatifs et la prise en charge de la douleur.

Or, les EHPAD disposent de personnels soignants dédiés (infirmiers, aides-soignants, médecin coordonnateur), financés par l'assurance maladie au titre de leur forfait global relatif aux soins. Lorsque l'HAD intervient pour des soins que ces personnels sont en mesure d'assurer, notamment des

pansements, l'assurance maladie finance deux fois la même prise en charge : une première fois au titre du forfait soins de l'EHPAD, une seconde fois au titre des prestations d'HAD.

Ce risque est identifié de longue date. La circulaire du 5 octobre 2007 relative aux modalités d'intervention des structures d'HAD dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées posait déjà le principe d'une intervention complémentaire, « sans qu'il y ait de substitution d'équipes entre les deux structures », et la nécessité d'« éviter un double financement pour une même prise en charge », en prévoyant à cette fin une minoration des tarifs de l'HAD dans certains établissements. La dynamique actuelle montre que ces garanties, de niveau infra-législatif, ne suffisent plus.

Alors que le futur plan HAD 2030 et la récente circulaire sur le « juste recours » invitent à mieux articuler les prises en charge, et que l'article 39 du présent projet de loi entend intéresser les EHPAD à l'efficiencia de leurs activités de soins, le présent amendement inscrit dans la loi le caractère complémentaire de l'intervention de l'HAD en EHPAD. Il impose une répartition explicite des soins entre les équipes, garantit par la minoration des tarifs l'absence de double financement, et prévoit un contrôle annuel des agences régionales de santé ainsi qu'une publication des données.

**AMENDEMENT AU PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027**

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE ...

Après l'article...

Insérer un article ainsi rédigé :

I. – À prise en charge comparable, le financement par l'assurance maladie des soins dispensés par les services autonomie à domicile mentionnés à l'article L. 313-1-3 du code de l'action sociale et des familles ne peut excéder le montant de la rémunération qui serait due, pour les mêmes soins, à une infirmière ou un infirmier libéral en application de la nomenclature générale des actes professionnels et de la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale, y compris les forfaits applicables à la prise en charge des patients dépendants et les frais de déplacement. Un arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et des personnes âgées, pris après avis des organisations représentatives des infirmiers libéraux, précise les modalités de cette comparaison.

II. – Lorsque ces services font appel à des infirmiers libéraux, ceux-ci sont rémunérés conformément à la nomenclature générale des actes professionnels et aux dispositions conventionnelles en vigueur.

III. – Chaque passage au domicile d'une personne accompagnée au titre des soins fait l'objet d'un enregistrement horodaté précisant la date, les heures d'arrivée et de départ, l'identité et la qualification de l'intervenant ainsi que la nature des soins réalisés, au moyen d'un dispositif de télégestion ou de tout autre dispositif garantissant l'effectivité de l'intervention. Ces données sont conservées et tenues à la disposition de l'agence régionale de santé.

IV. – L'agence régionale de santé contrôle chaque année, sur la base de ces données, l'effectivité des passages et leur conformité aux forfaits financés. Les financements correspondant à des passages non réalisés ou non conformes sont récupérés. Un bilan annuel de ces contrôles est transmis au Parlement.

V. – Le présent article entre en vigueur le 1er janvier 2028.

Exposé des motifs :

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ont vocation à devenir des services autonomie à domicile (SAD), régis par l'article L. 313-1-3 du code de l'action sociale et des familles et par un cahier des charges fixé par le décret n° 2023-608 du 13 juillet 2023. Les SSIAD devaient se transformer en SAD dits « mixtes », assurant à la fois l'aide et les soins, au plus tard le 31 décembre 2025.

Le financement de leurs soins par l'assurance maladie a lui-même été réformé par l'article 68 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 et le décret n° 2023-323 du 28 avril 2023. Il repose sur une dotation globale de soins composée d'un forfait « structure » par place autorisée, qui couvre les frais de structure et de déplacement (8 684,23 € par place en 2024), et de forfaits d'intervention hebdomadaires déterminés selon le niveau de perte d'autonomie de la personne, l'intervention d'un infirmier et l'accompagnement le week-end.

Ce financement forfaitaire, par place et par semaine, n'est pas directement lié au nombre, à la durée ni au contenu effectif des passages au domicile. À l'inverse, les infirmiers libéraux sont rémunérés à l'acte,

chaque soin étant tracé, facturé et contrôlé individuellement par l'assurance maladie. Il en résulte une distorsion de financement entre des acteurs qui assurent, au domicile, des soins de même nature, sans garantie que chaque euro versé corresponde à un soin effectivement réalisé.

Alors que l'article 39 du présent projet de loi prévoit d'intéresser financièrement ces services à l'efficacité de leurs activités de soins, il est indispensable de s'assurer d'abord de l'effectivité des soins financés. Le présent amendement pose donc deux principes. D'une part, à prise en charge comparable, le financement des soins des SAD ne peut excéder la rémunération des mêmes soins en ville par un infirmier libéral, et les infirmiers libéraux auxquels ces services font appel sont rémunérés selon la NGAP. D'autre part, chaque passage au domicile est tracé de manière horodatée, et les agences régionales de santé contrôlent chaque année l'effectivité des passages, avec récupération des financements correspondant à des passages non réalisés.

**AMENDEMENT AU PROJET DE LOI
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2027**

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE ...

Après l'article...

Insérer un article ainsi rédigé :

I. – L'article L. 5125-1-1 A du code de la santé publique est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Les actes de soins, de vaccination, de dépistage et de prévention réalisés par un pharmacien d'officine ne peuvent être pratiqués comme un commerce.

« Sont interdits, pour ces actes, tous procédés directs ou indirects de réclame ou de publicité, toute offre promotionnelle, tout avantage ou moyen de fidélisation, ainsi que toute association de leur réalisation à la vente de médicaments, de dispositifs médicaux ou d'autres produits. Seule est autorisée une information du public loyale, objective et dépourvue de caractère commercial, portant sur la nature de ces actes et les conditions de leur réalisation.

« Ces actes ne peuvent être réalisés dans un espace où sont exposés ou mis en vente des médicaments, des dispositifs médicaux ou d'autres produits ayant un rapport avec eux. »

II. – Un décret en Conseil d'État, pris après avis des conseils nationaux des ordres des professions de santé concernées, précise les conditions d'application du présent article.

Exposé des motifs :

Les pharmaciens d'officine se sont vu confier, au fil des réformes, des actes de soins de plus en plus nombreux : vaccination, dépistage, prise en charge de certaines situations cliniques, y compris des plaies simples dans le cadre de l'expérimentation OSyS. Ces actes sont réalisés dans l'officine, c'est-à-dire dans un lieu de vente de médicaments, de dispositifs médicaux et de produits de parapharmacie.

Or, les autres professionnels de santé qui réalisent les mêmes actes sont soumis à des règles strictes, précisément destinées à séparer le soin du commerce. Le code de déontologie des infirmiers dispose que la profession d'infirmier « ne doit pas être pratiquée comme un commerce » et interdit « tous procédés directs ou indirects de réclame ou de publicité » (article R. 4312-76 du code de la santé publique). Il interdit également à l'infirmier d'exercer sa profession dans un local commercial ou dans tout local où se trouvent des médicaments, des appareils ou des produits ayant un rapport avec son activité professionnelle (article R. 4312-77). De même, la médecine « ne doit pas être pratiquée comme un commerce » (article R. 4127-19), et l'information que les médecins peuvent délivrer au public est encadrée depuis la réforme de décembre 2020 (article R. 4127-19-1).

Les pharmaciens, en revanche, réalisent ces actes dans un lieu de vente, à proximité immédiate des produits qu'ils commercialisent, et peuvent présenter en vitrine les activités qu'ils exercent, dont la vaccination. Le même professionnel peut ainsi réaliser un soin et vendre les produits qui s'y rapportent, ce qui expose à un risque de conflit d'intérêts et de banalisation commerciale du soin. Les règles qui encadrent la communication des officines ne posent pas, pour les actes de soins, les mêmes interdictions que ceux qui s'imposent aux infirmiers.

Il en résulte une inégalité de traitement entre professionnels de santé pour des actes identiques, et l'entrée d'une logique commerciale dans le soin. Le soin n'est pas un produit : il ne doit faire l'objet ni de promotion commerciale, ni de fidélisation, ni d'une association avec la vente de produits.

Le présent amendement rétablit l'équité entre professionnels de santé. Il pose le principe selon lequel les actes de soins réalisés en officine ne peuvent être pratiqués comme un commerce. Il interdit pour ces actes toute publicité commerciale, offre promotionnelle, fidélisation ou association à la vente de produits, en ne permettant qu'une information objective du public, et exclut leur réalisation dans un espace où sont exposés ou vendus des produits. Il complète ainsi l'obligation d'une salle de soins dédiée proposée par ailleurs.