

**Projet de loi
de financement de la sécurité sociale pour 2026**

NOR : ECOX2521641L/Bleue-1

Article liminaire

Les prévisions de dépenses, recettes et solde des administrations de sécurité sociale pour les années 2025 et 2026 s'établissent comme suit, au sens de la comptabilité nationale :

<i>(en points de produit intérieur brut)</i>	2025	2026
Recettes	26,7	26,7

Dépenses	27,0	26,6
Solde	-0,3	0,1

Exposé des motifs

Cet article présente, conformément à l'article 1^{er} de la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, l'état des prévisions de dépenses, de recettes et de solde des administrations de sécurité sociale (ASSO) pour l'exercice en cours et pour l'année à venir.

Le champ des ASSO correspond, au sens de la comptabilité nationale, à un ensemble plus large que celui des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (ROBSS), objets de la présente loi, puisqu'il inclut également les régimes de retraite complémentaire, l'assurance chômage, ainsi que la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) qui dégage un excédent structurel égal à la dette qu'elle amortit chaque année. Les annexes au présent projet de loi détaillent les effets sur ces différents champs.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 prévoit sur le champ des ASSO un solde déficitaire en 2025 et excédentaire en 2026, notamment sous l'effet des mesures de rétablissement des comptes sociaux prévues par le présent projet de loi.

PREMIÈRE PARTIE
**DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET A L'EQUILIBRE GENERAL DE
 LA SECURITE SOCIALE POUR L'EXERCICE 2025**

Article 1^{er}
Rectification des tableaux d'équilibre

I. - Au titre de l'année 2025, sont rectifiés :

1° Les prévisions de recettes, les objectifs de dépenses et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	245,1	262,3	-17,2
Accidents du travail et maladies professionnelles	16,9	17,5	-0,5
Vieillesse	297,0	303,4	-6,3
Famille	60,2	59,3	0,8
Autonomie	41,7	42,0	-0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	642,3	665,8	-23,5
Toutes branches (hors transferts entre branches) y compris Fonds de solidarité vieillesse	643,1	666,1	-23,0

2° Les prévisions de recettes, les prévisions de dépenses et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ainsi qu'il suit :

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse	22,0	21,5	0,5

3° Les prévisions des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites, lesquelles sont nulles.

4° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale qui est fixé à 16,2 milliards d'euros.

Exposé des motifs

La prévision de déficit de l'ensemble des ROBSS s'élève à 23 milliards d'euros en 2025. Cette révision par rapport à la prévision de 22,1 milliards d'euros retenue en loi de financement initiale est principalement liée à de moindres recettes, en lien avec la dégradation des perspectives macroéconomiques. Ainsi, la masse salariale du secteur privé croîtrait de 1,8% au lieu des 2,5 % prévus en loi de financement initiale pour 2025, entraînant une révision à la baisse des recettes de cotisations et de contribution sociale généralisée (CSG), et le rendement de la taxe sur la valeur

ajoutée (TVA) serait lui aussi inférieur à celui prévu en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2025, en ligne avec les prévisions revues à la baisse plus globalement pour l'ensemble des administrations publiques. S'ajoute une révision à la baisse du rendement des taxes sur les produits du tabac qui pâtirait d'une nouvelle baisse de la consommation.

En parallèle, les charges des régimes de base seraient plus faibles que prévu en LFSS pour 2025, venant modérer partiellement la dégradation des recettes. En particulier, les charges financières pèseraient moins qu'anticipé (+0,5 Md€), en conséquence d'un déficit 2024 inférieur de 2,9 milliards d'euros à la prévision sous-jacente à la LFSS votée et de la baisse des taux d'emprunt nominaux à court terme sous l'effet du ralentissement de l'inflation et de la poursuite de la baisse des taux directeurs de la banque centrale européenne.

Article 2

Rectification de l'ONDAM et des sous-objectifs de l'ONDAM

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base au titre de l'année 2025 demeure inchangé. Ses sous-objectifs sont rectifiés ainsi qu'il suit :

(en milliards d'euros)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	113,9
Dépenses relatives aux établissements de santé	109,5
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	17,4
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	15,6
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et soutien à l'investissement	6,1
Autres prises en charge	3,3
Total	265,9

Exposé des motifs

Cet article maintient le montant de l'ONDAM pour l'année 2025 inchangé par rapport à celui inscrit dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025, à 265,9 milliards d'euros. Ce montant tient compte des décisions du Gouvernement à la suite du déclenchement de l'alerte pour risque sérieux de dépassement de l'ONDAM, notamment de la mobilisation des crédits mis en réserve. Les montants des sous-objectifs sont ainsi rectifiés pour refléter les dépassements (notamment une sur-exécution des dépenses de soins de ville, liée en particulier au dynamisme des dépenses d'indemnités journalières) ou sous-exécutions par rapport à la loi de financement initiale.

Article 3**Rectification de la contribution des régimes d'assurance maladie au FMIS**

Au 1° du I de l'article 95 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025, le montant de 523 millions est remplacé par le montant de 463 millions.

Exposé des motifs

Le montant de la contribution de l'assurance maladie au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé est diminué de soixante millions d'euros par rapport à son niveau initial 2025, matérialisant l'un des engagements de maîtrise des dépenses pris par le Gouvernement à la suite de l'alerte du comité d'alerte de l'ONDAM.

Obtenu par APMnews

DEUXIÈME PARTIE
**DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET A L'EQUILIBRE FINANCIER DE
LA SECURITE SOCIALE POUR L'EXERCICE 2026**

TITRE I^{er}
**DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT
ET A LA TRESORERIE**

Article 4
Renforcer les pouvoirs de recouvrement des organismes

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° A l'article L. 133-9-2, les mots : « les articles L. 243-4 et L. 243-5 » sont remplacés par les mots : « l'article L. 243-4 » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 243-4, les mots : « pendant un an » sont remplacés par le signe : « , » et les mots : « , lequel privilège » sont remplacés par les mots : « pour une durée et selon des modalités prévues par un décret en Conseil d'Etat. Ce privilège » ;

3° Les cinq premiers alinéas de l'article L. 243-5 sont supprimés ;

4° A l'article L. 452-4, les mots : « les articles L. 243-4 et L. 243-5 » sont remplacés par les mots : « l'article L. 243-4 ».

II. – Au quatrième alinéa de l'article L. 622-24 du code de commerce :

1° Aux sixième et septième phrases, après les mots : « de l'impôt » sont insérés les mots : « ou des cotisations et contributions sociales » ;

2° A la huitième phrase, les mots : « cet établissement définitif » sont remplacés par les mots : « l'établissement définitif des créances fiscales ».

III. – L'article L. 725-5 du code rural et de la pêche maritime est abrogé.

IV. – Pour une durée de trois ans à compter du 1^{er} janvier 2026 et en ce qui concerne les entreprises dont la situation fait l'objet d'un examen conjoint dans le cadre d'une commission instituée entre créanciers publics présidée par un directeur départemental ou régional des finances publiques, les directeurs des organismes des régimes de base de sécurité sociale chargés du recouvrement peuvent donner mandat au président de cette commission pour la prise, l'inscription, la gestion et la réalisation des sûretés et garanties accordées par les débiteurs.

V. – Le I entre en vigueur le 1^{er} juillet 2026. Le II s'applique aux procédures collectives ouvertes et aux liquidations judiciaires prononcées à compter du 1^{er} janvier 2027.

Exposé des motifs

Cet article a pour objet de renforcer les dispositions juridiques qui permettent un recouvrement rapide et efficace des cotisations et contributions sociales.

La première mesure consiste à octroyer automatiquement un caractère privilégié aux créances des organismes de recouvrement social, sans nécessité d'une inscription auprès du greffe des tribunaux. Cela contribuera ainsi à assurer de meilleures conditions de remboursement pour les créances des organismes de recouvrement en cas de procédure collective.

La seconde mesure consiste à allonger dans certains cas le délai, dans le cadre d'une procédure collective, permettant de convertir une déclaration provisionnelle en déclaration définitive pour les créances des organismes de recouvrement des cotisations et contributions sociales. Cela permettra d'aligner le traitement des créances sociales sur celui des créances fiscales.

La troisième mesure consiste à autoriser, pour une durée de trois ans, le mandatement par les URSSAF des présidents de commission des chefs de service financiers, instances locales de coordination des créanciers publics, pour les actes relatifs à la prise de garanties. L'objectif est de simplifier et accélérer les actes de procédure, notamment en cas de créances contractées par de multiples établissements.

Article 5

Simplifier l'affiliation, la déclaration de revenu, l'action sociale et la gouvernance de la sécurité sociale des artistes-auteurs

I. – La section 1 du chapitre 2 du titre VIII du livre III du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° Au dernier alinéa de l'article L. 382-1 :

a) A la première phrase, les mots : « les organismes agréés mentionnés à l'article L. 382-2, s'il y a lieu après consultation, à leur initiative ou à celle de l'intéressé, de commissions, instituées par branches professionnelles » sont remplacés par les mots : « l'organisme mentionné à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale » ;

b) Les deuxième, troisième et quatrième phrases sont supprimées ;

2° A l'article L. 382-2 :

a) Le premier alinéa est remplacé par cinq alinéas ainsi rédigés :

« I. – L'Etat agréé une association qui assure, pour le compte du régime général, les missions suivantes :

« 1° Fixer les orientations générales de l'action sanitaire et sociale mentionnées à l'article L. 382-7 dans le respect d'un cadre financier fixé par les représentants de l'Etat ;

« 2° Veiller, notamment en nommant un médiateur, à la bonne application aux artistes-auteurs des règles relatives à la protection sociale et à la qualité du service rendu.

« Cette association est saisie pour avis de tout projet de mesure législative ou réglementaire lorsque celles-ci portent spécifiquement sur les règles de sécurité sociale des artistes-auteurs.

« II. – Cette association est administrée par un conseil d'administration comprenant des représentants des artistes-auteurs affiliés, des représentants des diffuseurs, des représentants des organismes de gestion collective ainsi que des représentants de l'Etat. Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent alinéa, notamment les conditions de désignation des représentants des artistes-auteurs, des diffuseurs et des organismes de gestion collective, ainsi que les conditions de nomination du directeur et du directeur comptable et financier de cette association. » ;

b) Au second alinéa, les mots : « de chaque organisme agréé » sont supprimés ;

3° A l'article L. 382-3-2 :

a) Les mots : « , à sa demande et » sont supprimés ;

b) Après les mots : « de quatre mois », sont insérés les mots : « à compter du dépôt de la déclaration de revenus par l'assuré » ;

4° Au premier alinéa de l'article L. 382-6 :

a) A la première phrase, les mots : « peuvent effectuer » sont remplacés par le mot : « effectuent » ;

b) A la seconde phrase, après le mot : « sont » est ajouté le mot : « également » ;

5 ° La première phrase de l'article L. 382-7 est ainsi rédigée :

« L'organisme mentionné à l'article L. 213-1 désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale met en œuvre au profit des personnes mentionnées à l'article L. 382-1 une action sociale dont les orientations générales sont fixées par l'association agréée mentionnée au L. 382-2. » ;

6° Au premier alinéa de l'article L. 382-14, les mots : « des organismes agréés mentionnés » sont remplacés par les mots : « de l'association agréée mentionnée ».

II. – Le IV de l'article 23 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 est ainsi modifié :

1° Les mots : « Le présent article est applicable aux cotisations et contributions dues au titre des périodes courant à compter d'une date fixée par décret, et au plus tard à compter du 1^{er} janvier 2019, à l'exception du » sont remplacés par le mot : « Le » ;

2° A leurs deux premières occurrences, les mots « , qui » sont supprimés ;

3° A la deuxième occurrence, le mot : « du » est remplacé par le mot : « le » ;

4° L'alinéa est complété par la phrase suivante : « Le présent article est applicable à l'ensemble des cotisations et contributions dues. »

III. – Les contrats de travail des personnels de l'association agréée chargés avant l'entrée en vigueur du présent article de l'affiliation et du contrôle du champ, de l'action sociale et du

recouvrement des cotisations sociales sont transférés, au plus tard le 31 décembre 2026, à l'organisme mentionné à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale désigné par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

IV. – Les dispositions du présent article s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2026 à l'exception de :

- a) celles du 1^o du I, qui entrent en vigueur le 1^{er} avril 2026 ;
- b) celles du 2^o et du 5^o du I, ainsi que celles du II, qui entrent en vigueur le 1^{er} juin 2026.

Exposé des motifs

Jusqu'en 2018, la gestion de la sécurité sociale des artistes-auteurs était confiée, pour le compte du régime général, à deux associations agréées placées sous l'autorité conjointe des ministres chargés de la sécurité sociale, des comptes publics et de la culture : la Maison des Artistes (MDA) pour la branche des arts graphiques et plastiques et l'Association pour la gestion de la sécurité sociale des auteurs (AGESSA) pour les autres branches.

En 2020, l'AGESSA est devenue la sécurité sociale des artistes-auteurs (SSAA) et la seule association agréée pour participer à la gestion du régime, la MDA étant supprimée pour regrouper l'ensemble des missions déléguées.

Celles-ci comprennent l'affiliation et le contrôle du champ d'activité de l'ensemble des catégories artistes-auteurs et dispose d'un fonds d'action sociale pour l'attribution d'une aide à la sur-cotisation et au rachat de cotisations prescrites. La mission historique de recouvrement des cotisations sociales pour l'ensemble des artistes-auteurs a été quant à elle confiée à l'URSSAF du Limousin par la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

Ce mode de fonctionnement, qui repose sur la double compétence d'une URSSAF dédiée et le maintien de compétences déléguées à une association agréée compétente dans des domaines limités, présente cependant d'importantes limites qui ont notamment été identifiées par la Cour des comptes dans son rapport annuel sur les LFSS. Les compétences actuellement exercées par la SSAA en matière d'affiliation et de contrôle du champ sont trop proches des fonctions de l'URSSAF et il serait donc plus efficace que cette dernière en assure la totalité. Aussi, la SSAA serait recentrée sur sa mission de représentation des artistes auteurs, selon un modèle proche du Conseil de la protection sociale des travailleurs indépendants. La SSAA aurait ainsi un droit nouveau d'avis sur les projets portant spécifiquement sur leurs règles de sécurité sociale. La SSAA serait également chargée de définir les orientations en matière d'action sociale, aujourd'hui manquantes. Parallèlement, une mission spécifique d'accompagnement social pourrait être mise en œuvre et financée par l'Etat, selon des modalités à déterminer par voie réglementaire.

Cette évolution permet ainsi de supprimer le fonctionnement « en doublon » des opérateurs de l'État et de la sécurité sociale, en mettant fin à la délégation de compétences de gestion qui n'a pas fait la preuve de son efficacité.

Article 6**Maintenir les seuils de revenus pris en compte pour le calcul de la CSG sur certains revenus de remplacement**

I. – L'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 1° du III :

a) A la première phrase :

- le montant : « 11 128 € » est remplacé par le montant : « 12 817 € » ;

- le montant : « 2 971 € » est remplacé par le montant : « 3 422 € » ;

b) A la deuxième phrase :

- le montant : « 13 167 € » est remplacé par le montant : « 15 164 € » ;

- le montant : « 3 268 € » est remplacé par le montant : « 3 764 € » ;

- le montant : « 2 971 € » est remplacé par le montant : « 3 422 € » ;

c) A la troisième phrase :

- le montant : « 13 768 € » est remplacé par le montant : « 15 856 € » ;

- le montant : « 3 417 € » est remplacé par le montant : « 3 935 € » ;

- le montant : « 2 971 € » est remplacé par le montant : « 3 422 € » ;

2° Au 2° du III :

a) A la première phrase :

- le montant : « 14 548 € » est remplacé par le montant : « 16 755 € » ;

- le montant : « 3 884 € » est remplacé par le montant : « 4 474 € » ;

b) A la deuxième phrase :

- le montant : « 15 915 € » est remplacé par le montant : « 18 331 € » ;

- le montant : « 4 271 € » est remplacé par le montant : « 4 918 € » ;

- le montant : « 3 884 € » est remplacé par le montant : « 4 474 € » ;

c) A la troisième phrase :

- le montant : « 16 672 € » est remplacé par le montant : « 19 200 € » ;

- le montant : « 4 467 € » est remplacé par le montant : « 5 144 € » ;
- le montant : « 3 884 € » est remplacé par le montant : « 4 474 € » ;

3° Au 1° du III *bis* :

a) A la première phrase :

- le montant : « 14 548 € » est remplacé par le montant : « 16 755 € » ;
- le montant : « 3 884 € » est remplacé par le montant : « 4 474 € » ;

b) A la deuxième phrase :

- le montant : « 15 915 € » est remplacé par le montant : « 18 331 € » ;
- le montant : « 4 271 € » est remplacé par le montant : « 4 918 € » ;
- le montant : « 3 884 € » est remplacé par le montant : « 4 474 € » ;

c) A la troisième phrase :

- le montant : « 16 672 € » est remplacé par le montant : « 19 200 € » ;
- le montant : « 4 467 € » est remplacé par le montant : « 5 144 € » ;
- le montant : « 3 884 € » est remplacé par le montant : « 4 474 € » ;

4° Au 2° du III *bis*:

a) Le montant : « 22 580 € » est remplacé par le montant : « 26 004 € » ;

b) Le montant : « 6 028 € » est remplacé par le montant : « 6 941 € » ;

5° Le III *ter* est abrogé.

II. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux contributions dues au titre des revenus versés à compter du 1^{er} janvier 2026.

Exposé des motifs

Face à la situation préoccupante des comptes sociaux et à l'instar des mesures retenues pour l'impôt sur le revenu et l'indexation des prestations, cet article vise à maintenir pour l'année 2026 à leur niveau de 2025 les seuils de revenus, déterminés en fonction du revenu fiscal de référence des foyers concernés, qui conditionnent l'application des taux réduits ou nuls de CSG et d'autres contributions liées dues sur certains revenus de remplacement (pensions de retraite, pensions d'invalidité et allocations chômage).

Dans un contexte de faible inflation constatée en 2024, l'incidence sur les assurés concernés restera limitée compte tenu du mécanisme de lissage prévu en cas de franchissement de seuils d'une année sur l'autre pour ce qui concerne les taux égaux et inférieurs à 6,6 %.

Les seuils des taux réduits de CSG sur l'inflation seront indexés à compter du 1^{er} janvier 2027 en loi de financement de la sécurité sociale pour 2027.

Article 7

Créer une contribution des organismes complémentaires au titre de l'année 2026

Il est institué, au titre de l'année 2026 une contribution due par les organismes mentionnés au I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale.

Cette contribution est assise sur l'ensemble des sommes stipulées en 2026 au profit des organismes mentionnés au premier alinéa au titre des cotisations d'assurance maladie complémentaires, selon les modalités définies au I et au dernier alinéa du II *bis* du même article L. 862-4.

Le taux de la contribution est fixé à 2,05 %.

La contribution est recouvrée par l'organisme désigné pour le recouvrement de la taxe mentionnée à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, concomitamment au recouvrement de cette même taxe. Elle peut faire l'objet d'une régularisation annuelle, au plus tard le 30 juin 2027, selon les mêmes modalités que celles prévues pour la taxe additionnelle mentionnée à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale.

Les dispositions du V de l'article L. 862-4 et du premier alinéa de l'article L. 862-5 du code précité sont applicable à cette contribution.

Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2026.

Exposé des motifs

Les parts respectives de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et de l'assurance maladie complémentaire (AMC) dans la prise en charge de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) ont évolué depuis plus d'une dizaine d'années dans le sens d'une augmentation continue des dépenses à la charge de l'AMO en raison du vieillissement de la population et, conséquemment, de l'évolution du nombre de patients en affections de longue durée. De ce fait, le taux moyen de prise en charge de cette consommation par l'AMO est passé de 76 % en 2012 à 79,6% en 2022.

Malgré ce mouvement, les cotisations fixées par les organismes complémentaires pour leurs adhérents ont augmenté de façon régulière ces dernières années. Ainsi, les cotisations collectées en 2021 ont progressé de 3,1% par rapport à l'année précédente, de 2,9% en 2022 et de 6% en 2023. Pour 2024, les organismes complémentaires ont annoncé une progression de leurs cotisations de l'ordre de 7%. Pour 2025, les organismes complémentaires ont de nouveau annoncé des augmentations de cotisations de l'ordre de 6%, par anticipation d'une hausse du ticket modérateur des actes médicaux et des médicaments, annoncée par le Gouvernement, qui n'a finalement pas été mis en œuvre. Pour autant, la progression des cotisations a été maintenue.

Cet article vise donc, dans un objectif de rééquilibrage, à instituer, à la charge des organismes complémentaires une taxe pour la seule année 2026, au taux de 2,05 % assis sur l'ensemble des cotisations de leurs adhérents, et accessoires de ces cotisations, stipulées au profit de ces organismes.

Article 8

Réduire les niches sociales applicables aux compléments salariaux

I. – Le chapitre 7 du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La section 6 et l'article L. 137-12 sont abrogés ;

2° L'article L. 137-15 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 137-15. – I. – Il est institué une contribution, due par les employeurs, assise sur les revenus d'activité, attribués par ceux-ci, qui sont assujettis à la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 et exclus de l'assiette des cotisations sociales telle qu'elle est définie à l'article L. 242-1, sauf si ces revenus sont assujettis à la contribution mentionnée à l'article L. 137-13 ou exonérés en application de son quatrième alinéa et sous les réserves suivantes :*

« 1° Les sommes mentionnées aux 1°, 2° et 3° du II de l'article L. 242-1 sont assujetties seulement pour les entreprises soumises à l'obligation, prévue à l'article L. 3322-2 du code du travail, de mise en place d'un dispositif de participation des salariés aux résultats de l'entreprise et, en ce qui concerne les sommes allouées au titre de l'intéressement mentionnées au même 1°, à la condition supplémentaire que ces entreprises emploient au moins deux-cent-cinquante salariés ;

« 2° S'agissant des contributions destinées au financement des prestations de protection sociale complémentaire :

« *a)* Les sommes mentionnées au 4° du II de l'article L. 242-1 sont assujetties sauf celles versées par les employeurs de moins de onze salariés au titre de prestations complémentaires de prévoyance ;

« *b)* Les sommes mentionnées au 4° *bis* du même II sont seulement assujetties si elles sont versées par les employeurs publics d'au moins onze agents ;

« 3° S'agissant des sommes accordées en cas de rupture du contrat de travail :

« *a)* Les indemnités de départ volontaire sont assujetties sauf lorsqu'elles sont versées dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi ;

« *b)* Les indemnités de mise à la retraite mentionnées à l'article L. 1237-5 du code du travail et les indemnités de rupture conventionnelle mentionnées à l'article L. 1237-13 du même code sont assujetties y compris pour leur part correspondant au montant mentionné au deuxième alinéa du *a* du 5° du III de l'article L. 136-1-1 ;

« *c)* Les indemnités mentionnées au 7° de l'article L. 1237-18-2 du code du travail et aux 5° et 7° de l'article L. 1237-19-1 ne sont pas assujetties.

« II. – Sont en outre assujetties :

« 1° Les sommes mentionnées au *d* du 3° du III de l'article L. 136-1-1 ;

« 2° Les sommes mentionnées au *a* et au *f* du 4° du III de l'article L. 136-1-1 ainsi que, lorsqu'elles sont attribuées par les employeurs, celles mentionnées au *c* du même 4° ;

« 3° Les contributions des employeurs pour le financement d'activités ou de services sociaux et culturels tels que définis à l'article L. 2312-81 du code du travail. » ;

3° L'article L. 137-16 est ainsi modifié :

a) Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

b) Les deuxième et troisième alinéas sont remplacés les alinéas suivants :

« II. – Par dérogation au I, ce taux est fixé :

« 1° A 8 % pour les sommes mentionnées :

« - au 1° du I de l'article L. 137-15 lorsqu'elles sont affectées à la réserve spéciale de participation conformément aux modalités définies à l'article L. 3323-3 du code du travail au sein des sociétés coopératives de productions soumises à la loi n°78-763 du 19 juillet 1978 portant statut des sociétés coopératives de production ;

« - au *a*, lorsqu'elles sont destinées au financement de prestations complémentaires de prévoyance, et au *b* du 2° du I de l'article L. 137-15 ;

« - aux 2° et 3° du II de l'article L. 137-15 et au 5° du II de l'article L. 242-1 ;

« 2° Au titre de sommes mentionnées au 1° du I de l'article L. 137-15, à 10 % pour : » ;

c) Respectivement aux quatrième et cinquième alinéas, les mots : « 1° Les versements » et « 2° Les versements » sont remplacés par les mots : « - les versements » ;

d) Le sixième alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« 3° Au titre également de sommes mentionnées au 1° du I de l'article L. 137-15, à 16 % pour les sommes, autres que celles mentionnées au deuxième alinéa du 1° du II, versées par les employeurs à un plan d'épargne retraite d'entreprise en application de l'article L. 224-2 du code monétaire et financier lorsque ce plan prévoit que l'allocation de l'épargne mentionnée au troisième alinéa de l'article L. 224-3 du même code... (*le reste sans changement*). » ;

e) Est ajouté l'alinéa suivant :

« 4° A 40 % pour les indemnités mentionnées au *b* du 3° du I de l'article L. 137-15. »

II. – 1° Au cinquième alinéa de l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, les mots : « L. 137-12, » sont supprimés ;

2° Au II de l'article L. 242-1 :

- au 3°, les mots : « en application de l'article L. 3332-11 du même code et de l'article L. 224-21 » sont remplacés par les mots : « régi par les dispositions du titre III du livre III de la troisième partie du code du travail ou de la sous-section 2 et 3 de la section 2 du chapitre IV du titre II du livre II » ;

- au second alinéa du 7°, après chacune des deux occurrences des mots : « 6° » sont insérés les mots : « du 1 » ;

- le dernier alinéa est supprimé.

III. – A la première phrase du premier alinéa de l'article L. 411-9 du code du tourisme, après les mots : « contribution sociale généralisée », le mot : « et » est remplacé par les mots : « , de » et sont ajoutés les mots : « et de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale ».

IV. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2026 et s'appliquent aux contributions dues au titre des périodes d'emploi courant à compter de cette date.

Exposé des motifs

Afin de contribuer à la fidélisation des salariés et à l'amélioration des conditions de travail, les employeurs et les comités sociaux et économiques des entreprises (CSE) ont la faculté de leur octroyer, en sus de la rémunération de base, des compléments de salaire prenant la forme d'aides ciblées : titres-restaurant pour les dépenses alimentaires, chèques-vacances pour les activités de loisirs, chèques cadeaux ou autres avantages sociaux et culturels financés par les CSE (billets de théâtre, de musées ou de concert), etc.

Ces compléments de salaires bénéficient aujourd'hui de régimes sociaux particulièrement avantageux pouvant aller jusqu'à l'exonération totale de prélèvements sociaux, en dérogation avec le principe d'assujettissement de l'ensemble des sommes versées en contrepartie ou à l'occasion d'un travail aux prélèvements sociaux.

Aussi, sans remettre en cause ce régime qui demeurera favorable, et afin de lutter contre les phénomènes de substitution aux salaires, cet article vise à soumettre ces compléments à une contribution patronale de 8 %. Cette évolution aligne le régime social applicable à ces compléments avec celui d'autres compléments de salaires assujettis à un taux préférentiel de forfait social (notamment le financement patronal des garanties de prévoyance). Le taux ainsi appliqué constitue le taux le plus bas de l'ensemble des taux applicables actuellement au forfait social.

Par ailleurs, face à l'accroissement des phénomènes d'optimisation dans les ruptures de contrat de travail, la mesure propose de rehausser de 10 points le taux de la contribution patronale spécifique qui s'applique aux indemnités de rupture conventionnelle et de mise à la retraite. Ce régime social favorable, initialement instauré pour sécuriser les sorties d'entreprise négociées et fluidifier le marché du travail a pu conduire à certains abus via des stratégies de contournement du régime social propre aux indemnités de licenciement ou de la démission de salariés.

Article 9

Rationaliser certaines exonérations spécifiques

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

A. – A l'article L. 131-6-4 :

1° Les deuxième à quatrième alinéas du I sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé : « Le premier alinéa s'applique aux personnes qui relèvent de l'une des catégories mentionnées à l'article L. 5141-1 du code du travail, à l'exclusion des personnes mentionnées à l'article L. 642-4-2 du présent code. » ;

2° A la première phrase du deuxième alinéa du II, les mots : « l'exonération est totale » sont remplacés par les mots : « le montant de l'exonération, qui est fixé par décret, ne peut excéder 25 % de ces cotisations ».

B. – La section 1 du chapitre 2 du titre V du livre VII est ainsi modifiée :

1° A l'article L. 752-3-2:

a) Au premier alinéa du I, les mots : « et à la Réunion, » sont remplacés par les mots : « à la Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin » ;

b) Au II :

i) Au *a* du 3°, les mots : « et La Réunion » sont remplacés par les mots : « La Réunion, Saint-Barthélemy et Saint-Martin » ;

ii) au *b* de ce même 3°, les mots : « ou celle de ces départements ou collectivités avec Saint-Martin et Saint-Barthélemy » sont supprimés ;

iii) Au 4°, après la première occurrence des mots : « de la Réunion, » sont insérés les mots : « de Saint-Barthélemy et de Saint-Martin, » et les mots « ou avec Saint-Martin et Saint-Barthélemy » sont supprimés ;

c) Au III :

i) Au A, le taux : « 30 % » est remplacé par le taux « 20 % » et le taux : « 120 % » est remplacé par le taux : « 60 % » ;

ii) Au cinquième alinéa du B, le taux : « 100% » est remplacé par le taux: « 50 % » et le taux : « 170 % » est remplacé par le taux : « 90 % » ;

iii) Le C est abrogé ;

2° L'article L. 752-3-3 est abrogé.

II. – L'article L. 6243-2 du code du travail est abrogé.

III. – A la première phrase des *a* et *c* du 3° de l'article 44 *sexies*-0 A du code général des impôts, le taux : « 20 % » est remplacé par le taux : « 25 % ».

IV. – Les dispositions du A du I entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2026 et s'appliquent aux créations et reprises d'entreprise intervenant à compter de cette date.

V. – Les dispositions du B du I entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2026 et s'appliquent aux cotisations et contributions dues pour les périodes d'activités courant à compter de cette date.

VI. – Les dispositions du II s'appliquent pour les contrats conclus à compter du 1^{er} janvier 2026.

Exposé des motifs

Les exonérations spécifiques de cotisations sociales visent des territoires ou des publics spécifiques et sont compensées à ce titre par les crédits budgétaires des ministères les plus concernés à la sécurité sociale. L'effort de réduction des dépenses budgétaires autant que la recherche d'une meilleure efficacité des sommes consacrées à ces « niches sociales compensées » impliquent d'en maîtriser le coût en tenant compte des dernières évaluations.

C'est pourquoi cet article comprend quatre mesures de rationalisation de dispositifs particulièrement coûteux pour les ministères qui en assurent la compensation :

- L'exonération attribuée au titre de l'aide à la création et la reprise d'entreprise (ACRE) dont, malgré les mesures déjà prises par le passé, le coût se maintient à un niveau durablement plus élevé que dans les années 2010 sans que les études menées ou en cours sur le sujet prouvent ses effets réels sur la création d'entreprise. Il est ainsi proposé d'en réduire le niveau pour les futurs bénéficiaires et de recentrer le dispositif sur les publics les plus fragiles ;

- L'exonération issue de la loi n°2009-594 du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer de 2009 a fait l'objet d'un important travail de revue en 2024 conduit par les inspections générales des affaires sociales et des finances. En effet, ces dernières ont constaté les effets très limités du dispositif sur l'emploi ou sur les marges des entreprises concernées et ont proposé plusieurs scénarios de rationalisation dont s'inspire la mesure proposée qui simplifie le dispositif en rapprochant plusieurs barèmes et en concentrant les effets autour des salaires bas et moyens ;

- L'exonération de cotisations sociales salariales en faveur des apprentis a été réformée par la LFSS pour 2025 en tenant compte de l'appréciation négative portée par la dernière revue de dépenses en la matière sur sa pertinence économique. En effet, elle consiste à soustraire une grande partie de la rémunération des apprentis à des prélèvements salariaux dont tous les autres salariés s'acquittent dès le premier euro et ce, alors que les droits des apprentis, plus généreux que ceux des salariés, doivent par ailleurs être financés. Il est donc proposé de mettre totalement fin à cette exonération pour les nouveaux contrats conclus à partir du 1^{er} janvier 2026 sans remettre en cause la situation des contrats en cours ;

- L'exonération applicable aux jeunes entreprises innovantes, qui a également fait l'objet d'une première réforme en LFSS pour 2025, se distingue par son effet de substitution de la dépense publique à la dépense privée qu'elle engendre et son efficacité marginale limitée sur la création d'emploi. Il est ainsi proposé de centrer le volet social du dispositif sur les entreprises qui investissent le plus en recherche et développement.

Article 10

Simplifier la régulation du secteur des médicaments

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Aux premiers alinéas des articles L. 138-10 et L. 138-11, après les mots : « de financement de la sécurité sociale pour 2022 » sont ajoutés les mots : « à l'exclusion de toutes autres remises mentionnées à l'article L. 138-9 » ;

2° Le premier alinéa du même article L. 138-11 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Si la différence entre le chiffre d'affaires d'une entreprise et le montant de ces remises est négative, elle n'est pas déduite de l'assiette de la contribution. »

3° L'article L. 245-6 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 245-6 - I.- A. - Il est institué une contribution, qui prend le nom de « contribution de base », des entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code ou assurant la distribution parallèle, au sens de l'article L. 5124-13-2 dudit code, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques.

« B. – Cette contribution de base est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des médicaments bénéficiant :

« 1° D'un enregistrement, au sens des articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1 du code de la santé publique ;

« 2° D'une autorisation de mise sur le marché, au sens de l'article L. 5121-8 du même code, délivrée par l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 dudit code ;

« 3° D'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Union européenne, au sens du titre II du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil du 31 mars 2004 établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui « concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments ;

« C.- Sont exclus de l'assiette définie au B :

« 1° Les spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, hormis celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif fixé en application de l'article L. 162-16 du présent code ou celles pour lesquelles, en l'absence de tarif forfaitaire de responsabilité, le prix de vente au public des spécialités de référence définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est identique à celui des autres spécialités appartenant au même groupe générique ;

« 2° Les médicaments orphelins désignés comme tels en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins, dans la limite de l'indication ou des indications au titre de laquelle ou desquelles la

désignation comme médicament orphelin a été accordée par la Commission européenne et sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros.

« D.- Le chiffre d'affaires servant d'assiette à la contribution de base s'entend déduction faite des remises mentionnées à l'article L.138-9 accordées par les entreprises ainsi que des ventes ou reventes à destination de l'étranger, à l'exclusion de toutes autres remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-1-2, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18, L. 162-18-1, L. 162-18-2 et L. 162-22-7-1 et à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

« E. - Le taux de la contribution de base est fixé à 0,20 %.

« II. - A. - Une contribution additionnelle à la contribution de base, qui prend le nom de « contribution additionnelle », est instituée pour les entreprises définies au A du I lorsque l'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnent lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application des deux premiers alinéas de l'article L. 162-17, inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités et celles inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 ou sur la liste prévue à l'article L. 162-23-6, ou certaines de leurs indications seulement ou prises en charge au titre des articles L. 162-16-5-1 et L. 162-16-5-1-2 ou de l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022.

« B.- Cette contribution additionnelle est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des spécialités pharmaceutiques répondant aux conditions prévues aux B, C et D du I et inscrites sur les listes mentionnées au A du présent II.

« C. - Le taux de la contribution additionnelle est de 1,6 %.

« III. - A - Une contribution supplémentaire à la contribution de base et à la contribution additionnelle, qui prend le nom de « contribution supplémentaire », est instituée pour les entreprises définies au A du I qui exploitent, assurent l'importation parallèle ou la distribution parallèle des spécialités suivantes :

« 1° Celles inscrites sur les listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 ;

« 2° Celles inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 ou sur la liste prévue à l'article L. 162-23-6, ou certaines de leurs indications seulement ;

« 3° Celles bénéficiant d'une autorisation ou d'un cadre de prescription compassionnelle prévus aux articles L. 5121-12 et L. 5121-12-1 du code de la santé publique et de la prise en charge correspondante ;

« 4° Celles bénéficiant d'une prise en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1-2 ;

« 5° Celles bénéficiant d'une autorisation d'importation délivrée en application du premier alinéa de l'article L. 5124-13 dudit code et prises en charge par l'assurance maladie ;

« 6° Celles bénéficiant du dispositif de prise en charge prévu à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 ;

« 7° Celles acquises par l'Agence nationale de santé publique en application de l'article L. 1413-4 du code de la santé publique.

« B.- Cette contribution supplémentaire est assise sur le chiffre d'affaires, correspondant aux ventes en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des spécialités inscrites sur les listes mentionnées au A, sans déduction des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-1-2, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18, L. 162-18-1, L. 162-18-2 et L. 162-22-7-1 du présent code et à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, et de toutes autres remises mentionnées à l'article L. 138-9.

« C.- Un taux de base s'applique à l'assiette définie au présent B de la contribution supplémentaire.

« Un taux différencié du taux de base assis sur la même assiette s'applique chaque année aux spécialités génériques définies au 5° de l'article L.5121-1 du code de la santé publique et aux spécialités de référence mentionnées au même article L. 5121-1 dont la base de remboursement des frais exposés par les assurés est limitée à un tarif forfaitaire de responsabilité défini en application du II de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale ou dont le prix fixé en application de l'article L. 162-16-4 du même code est identique à celui des spécialités génériques figurant dans le même groupe générique créé au titre du b du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique.

« D.- Le montant de la contribution supplémentaire dû par chaque entreprise redevable ne peut excéder 10 % de son chiffre d'affaires, en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, au cours de l'année civile considérée, au titre des spécialités mentionnées au A du III après déduction des remises mentionnées aux articles L. 162-16-5-1-1, L. 162-16-5-1-2, L. 162-16-5-2, L. 162-17-5, L. 162-18, L. 162-18-1, L. 162-18-2 et L. 162-22-7-1 du présent code et à l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, à l'exclusion de toutes autres remises mentionnées à l'article L. 138-9.

« IV.- Les contributions de base et additionnelles sont exclues des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés.

« V.- A.- En cas de déclarations des contributions de base, additionnelles et supplémentaires manifestement erronées, l'organisme chargé du recouvrement des contributions peut fixer en vue d'une taxation d'office les chiffres d'affaires retenus pour le calcul de ces contributions par tous moyens, notamment en fonction des versements effectués au titre des exercices antérieurs, ou des bases de données disponibles notamment les données de remboursement de l'assurance maladie ou toute autre base de données.

« B.- Lorsque les déclarations des contributions de base, additionnelles et supplémentaires n'ont pas été produites dans les délais prescrits ou ont donné lieu à la taxation d'office dans le cas prévu au A, l'organisme chargé du recouvrement des contributions met à sa charge une majoration forfaitaire. Pour chaque contribution due, la majoration forfaitaire est égale à 0,05 % du chiffre d'affaires hors taxes retenu pour le calcul des contributions de base, additionnelles et supplémentaires, et dans le cas d'un retard de déclaration par période de quinze jours de retard.

Les majorations forfaitaires peuvent être cumulatives sans pouvoir être inférieures à 2 000 euros ni supérieure à 100 000 euros.

« VI. - Les contributions de base, additionnelles et supplémentaires sont instituées au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie. Elles sont versées de manière provisionnelle le 1er juin de l'année au titre de laquelle elles sont dues, pour un montant correspondant à 95 % du produit du chiffre d'affaires défini pour chacune d'elles et réalisé au cours de l'année civile précédente par leur taux respectif. Une régularisation intervient au 1er octobre de l'année suivant celle au titre de laquelle les contributions sont dues. »

II. - Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, sont validés les montants de la contribution mentionnée à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale notifiés aux entreprises qui en sont redevables pour les années 2021 à 2024 par les organismes chargés de leur recouvrement en application du II de l'article L. 138-15 du même code, en tant qu'ils seraient contestés sur le fondement des décisions prises en application des articles L. 138-10 et L. 138-11 du code précité pour apprécier le dépassement du seuil de déclenchement de la contribution et pour fixer son assiette, aux motifs tirés, d'une part, de l'intégration des remises mentionnées à l'article L. 138-9 dans le chiffre d'affaires pris en compte pour le calcul de la contribution par les entreprises redevables et, d'autre part, de l'absence de déduction de l'assiette de la contribution lorsque la différence entre le chiffre d'affaires d'une entreprise et le montant de ces remises à l'exclusion de toutes autres remises mentionnées à l'article L.138-9 précité, est négative.

III. - Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, sont validés les montants de la contribution mentionnée à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale notifiés aux entreprises qui en sont redevables pour les années 2014 à 2024 par les organismes chargés de leur recouvrement, en tant qu'ils seraient contestés sur le fondement de la prise en compte du chiffre d'affaires incluant l'ensemble des remises versées par les laboratoires, à l'exclusion des remises mentionnées à l'article L. 138-9.

IV. - Les dispositions des 1° et 2° du I sont applicables à partir des contributions dues au titre de l'année 2025. Les dispositions du 3° du I sont applicables à partir des contributions dues au titre de l'année 2025.

V. - Au III de l'article 29 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025, les mots : « 27,25 milliards d'euros » sont remplacés par les mots : « 30,60 milliards d'euros ».

VI. – Pour l'année 2026, le montant Z mentionné à l'article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale est fixé à 2,19 milliards d'euros.

VII. – Pour l'année 2026, le montant M mentionné à l'article L. 138-10 du même code est fixé à 26,65 milliards d'euros.

VIII. – Les taux de base de la contribution dite supplémentaire, mentionné au C du III de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale sont respectivement fixés comme suit :

- a) Pour l'année 2025, ce taux est fixé à 4,24% ;
- b) Pour l'année 2026, ce taux est fixé à 4,01%.

Les taux différenciés mentionné au même C dudit III sont respectivement fixés comme suit :

- a) Pour l'année 2025, ce taux est fixé à 1,75% ;
- b) Pour l'année 2026, ce taux est fixé à 1,65%.

Exposé des motifs

Les dépenses de l'assurance maladie en matière de médicaments sont notamment régularisées par une clause de sauvegarde. Chaque année, un montant « M » est fixé pour l'année suivante. Ce seuil correspond à un montant en chiffre d'affaires (CA) net des entreprises pharmaceutiques sur le champ des médicaments remboursables, au-delà duquel une partie du dépassement est rappelée auprès de tous les laboratoires redevables.

La clause de sauvegarde était initialement conçue comme une « corde de rappel » permettant de maîtriser la dépense de médicaments. Or, depuis 2021, elle se déclenche dans des proportions sans précédent (1,6 Md€ en 2023) en raison du dynamisme très marqué des dépenses sur le champ des médicaments remboursés. En effet, depuis 2021, on observe une forte croissance du CA net des remises (+9,93% de 2020 à 2021, +5,72% de 2021 à 2022, +4,65% de 2022 à 2023, proche de +6% de 2023 à 2024).

Les modalités de répartition de la contribution entre laboratoires se sont progressivement complexifiées avec l'introduction d'une part dite « croissance » par la LFSS pour 2023 et d'un plafonnement pour les spécialités génériques en LFSS pour 2024 et pour 2025. Les modalités de calcul de la clause de sauvegarde ont été modifiées chaque année depuis 2014. Ces différentes caractéristiques ont pour conséquence une anticipation difficile et une faible lisibilité des montants de contribution individuelle des laboratoires.

Cette mesure propose ainsi de transférer le rendement attendu depuis 2023 au titre de la clause de sauvegarde dans une contribution déjà existante permettant une simplification et une individualisation du mécanisme, tout en redonnant à la clause de sauvegarde son rôle originel de corde de rappel. Elle permettra donc de simplifier les mécanismes de régulation macro-économique du médicament, tout en redonnant de la lisibilité et de la prévisibilité aux laboratoires pharmaceutiques.

Cette mesure comprend également des dispositions interprétatives et de validation quant aux modalités de calcul des contributions « M » dues au titre des années 2021 et suivantes, en précisant la notion de remises qui vient en déduction du chiffre d'affaires de la contribution « M » et de la contribution due au titre de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale. Dans la mesure où cette nouvelle disposition précisera les textes existants, elle pourra s'appliquer immédiatement à toutes les situations, y compris pour les contributions dues avant l'entrée en vigueur de la réforme (antérieurement à 2025 inclus).

Cet article fixe également les montants « M » et « Z » pour 2026 et rectifie le montant « M » pour 2025 afin de tenir compte du transfert de rendement de « M » vers la contribution due au titre de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale.

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

1°) Le titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

a) A l'article L. 162-18 :

i) A la dernière phrase du premier alinéa du II, les mots : « au sens du dernier alinéa du I » sont remplacés par les mots : « au sens du troisième alinéa du III ».

ii) Le III est remplacé par les dispositions suivantes :

« III. – Les remises conventionnelles prévues aux I et II sont versées par les entreprises de manière provisionnelle, à parts égales, chaque trimestre de l'année civile au titre de laquelle elles sont dues, pour un montant cumulé représentant 95 % du montant dû aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 au titre de l'antépénultième année civile.

Une régularisation, portant sur la différence entre la somme des acomptes versés et le montant de la remise due, intervient pendant l'année civile suivant celle au titre de laquelle ces remises sont dues.

Ces remises sont recouvrées par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les prix nets, tarifs nets ou coûts nets s'entendent déduction faite de ces remises.

b) Après le II de l'article L. 165-4, il est inséré un II *bis* ainsi rédigé :

« II. *bis* – Les remises conventionnelles prévues aux I et II sont versées par les entreprises concernées de manière provisionnelle, à parts égales, chaque trimestre de l'année civile au titre de laquelle elles sont dues, pour un montant cumulé correspondant à 95 % du montant dû aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 au titre de l'antépénultième année civile.

« Une régularisation, portant sur la différence entre la somme des acomptes versés et le montant de la remise due, intervient pendant l'année civile suivant celle au titre de laquelle ces remises sont dues.

« Ces remises sont recouvrées par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les prix nets, tarifs nets ou coûts nets s'entendent déduction faite de ces remises.

2°) Pour l'année 2026 et à titre transitoire, les remises conventionnelles prévues aux I et II de l'article L.162-18 du code de la sécurité sociale dues au titre des années 2025 et 2026 sont versées par les entreprises mentionnées au I de l'article L. 162-18 du même code de manière provisionnelle selon les modalités suivantes :

a) Pour les remises dues au titre de l'année 2025, la somme des versements provisionnels est égale à 95 % du montant des remises dues aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du même code obtenu au titre de l'année 2024, et fait l'objet de deux versements :

- 75 % au 1^{er} juin 2026 ;
- 25 % au 1^{er} septembre 2026.

Une régularisation, portant sur la différence entre la somme des acomptes versés et le montant de la remise due, intervient au plus tard le 31 décembre 2026.

b) Pour les remises dues au titre de l'année 2026, la somme des versements provisionnels est égale à 95 % du montant dû aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du même code au titre de l'année 2024, et fait l'objet de deux versements égaux :

- 50 % au 1^{er} septembre 2026 ;
- 50 % au 1^{er} décembre 2026.

Une régularisation, portant sur la différence entre la somme des acomptes versé et le montant de la remise due, intervient au plus tard le 31 décembre 2027.

3°) Les dispositions du 1° et du 2° du présent article s'appliquent aux remises dues au titre de l'année 2027 et des années suivantes.

4°) Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent article, qui s'applique aux conventions en cours. Il peut prévoir des modalités particulières pour le calcul du montant des versements provisionnels ou des exonérations de ces versements, notamment lorsqu'il n'est pas pertinent de se référer au montant de la remise de l'antépénultième année ou lorsqu'un changement de situation concernant l'entreprise ou le produit est susceptible d'entraîner une variation significative de la remise due.

Exposé des motifs

La fixation du prix des médicaments et des tarifs des dispositifs médicaux à usage individuel ainsi que des prestations prises en charge par l'AMO est assurée par le Comité économique des produits de santé (CEPS). Lors de ces négociations tarifaires, le comité peut octroyer, sous certaines conditions, un « prix facial » public, différent du prix réel, confidentiel et appelé « prix net ». Pour un produit de santé, cette décorrélation entre prix réel et prix facial a comme principal intérêt d'octroyer des conditions préférentielles de référencement tarifaire international. Les remises conventionnelles sont le reflet de cet avantage octroyé à certains produits de santé et correspondent à la différence entre prix facial et prix réel et sont reversées par les industriels à l'assurance maladie. Les mécanismes de remises, qui relèvent du secret des affaires, sont précisés dans les conventions signées par l'industriel et le CEPS.

Si ces remises doivent en théorie être « exceptionnelles et temporaires » (article L. 162-18 du code de la sécurité sociale), leur usage est en forte croissance, tant sur le secteur du médicament que sur celui du dispositif médical, et devrait représenter environ 8,2 milliards d'euros en 2024.

Actuellement, ces remises sont appelées à l'automne de l'année suivant l'année pour laquelle elles sont dues, à l'issue d'une phase d'échanges entre le CEPS et chaque laboratoire pharmaceutique ou entreprise commercialisant un dispositif médical. Ces délais s'expliquent notamment par le temps de consolidation des données de vente nécessaires au calcul de ces remises. Ce versement retardé a des conséquences sur les dépenses de l'AMO puisqu'il majore le

besoin de trésorerie de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) sur l'année pour laquelle les remises sont dues et l'année suivante. Ce besoin de trésorerie est comblé par un recours à l'emprunt, mobilisé sur les marchés financiers par l'ACOSS pour le compte de la CNAM.

Cette mesure propose de mettre en œuvre un mécanisme d'acomptes par les laboratoires et entreprises commercialisant des dispositifs médicaux des remises produits afin de donner davantage de visibilité aux industriels, tout en diminuant le recours à l'emprunt de l'ACOSS. Un dispositif comparable avait été proposé par le LEEM à l'occasion des débats sur le PLFSS pour 2025.

Article 12

Clarifier les transferts financiers au sein des administrations de sécurité sociale

I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° A l'article L. 131-8 :

a) Au 1° :

- au deuxième alinéa, le taux : « 63,25 % » est remplacé par le taux : « 62,73 % » ;

- au quatrième alinéa, le taux : « 20,93% » est remplacé par le taux : « 20,39% » ;

- au dernier alinéa, le taux : « 5,08% » est remplacé par le taux : « 6,14% » ;

b) Au *b* du 2°, la mention : « 4° » est remplacée par la mention : « 3° » ;

c) Au 3° :

- au deuxième alinéa du *a*, les mots : « au II » sont remplacés par les mots : « au 1° du II » ;

- le *a* est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« - 0,3 % pour les revenus mentionnés au 2° du II du même article L. 136-8 » ;

- au cinquième alinéa du *b*, le taux : « 1,88% » est remplacé par le taux : « 2,53% » ;

- au *d*, les mots : « sur les revenus d'activité » sont supprimés ;

d) Au 4°, la mention : « *b* » est remplacée par la mention : « *b* du 6° » et la mention : « 4° » est remplacée par la mention : « 3° » ;

e) Au 4° *bis*, la mention : « *b* » est remplacée par la mention : « *b* du 6° » ;

f) Le 5° est remplacé par six alinéas ainsi rédigés :

« 5° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-14 et L. 137-18 est versé :

« a) A la branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 pour 93,98% ;

« b) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 pour 6,02% ;

« 5° *bis* Le surplus du produit des prélèvements mentionné au second alinéa de l'article L. 137-24 est versé :

« a) A la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2 pour 66 % ;

« b) A la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 pour 34 % ; »

2° Au premier alinéa des articles L. 137-14 et L. 137-18, les mots : « des allocations familiales » sont remplacés par les mots : « d'assurance vieillesse » ;

3° Le second alinéa de l'article L. 137-24 est complété par les mots : « et à la Caisse nationale de l'assurance maladie dans les conditions prévues à l'article L. 131-8 » ;

4° A l'article L. 222-2-1 :

- au 2°, les mots : « le régime général, » sont supprimés ;

- le 3° est supprimé.

II. - Au dernier alinéa de l'article L. 38 du code des pensions civiles et militaires les mots : « supplémentaire du Fonds de solidarité vieillesse institué par les articles L. 811-1 et L. 815-2 » sont remplacés par les mots : « de solidarité aux personnes âgées instituée par l'article L. 815-1 ».

III. - Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° A l'avant dernier alinéa de l'article L. 723-11, les mots : « , dont les modalités sont déterminées » sont remplacés par les mots : « dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat pour le recouvrement des cotisations et contributions, ainsi que des majorations de retard y afférentes, mentionnées au 1° à 4° du III de l'article L. 725-3 et » et le mot : « cotisations » est remplacé par les mots : « autres cotisations » ;

2° Le 3° du III de l'article L. 725-3 est abrogé.

IV. - Au I de l'article 49 de la loi 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, les mots : « Le fonds visé à l'article L. 135-1 » sont remplacés par les mots : « La branche mentionnée au 3° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale ».

V. - Au B du VI de l'article 6 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023, l'année : « 2025 » est remplacée par l'année : « 2027 ».

VI. – A l'article 18 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières :

1° La dernière phrase du premier alinéa du VI est supprimée ;

2° Après le VI, il est inséré un VII ainsi rédigé :

« VII. - La caisse nationale des industries électriques et gazières enregistre les opérations relatives à la contribution tarifaire dans une section comptable spécifique.

« Lorsqu'à la clôture d'un exercice cette section comptable présente un résultat excédentaire, une somme, fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget dans la limite de ce résultat, est transférée à la Caisse nationale d'assurance vieillesse, qui l'enregistre en fonds propres dans ses comptes. Les modalités de versement des sommes correspondantes sont déterminées par ce même arrêté. » ;

3° Le VII devient un VIII.

VII. - Par dérogation au *e* du 3° et au *a* du 3° *bis* de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, les sommes mentionnées à ces alinéas sont affectées pour l'exercice 2025 au fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code.

Exposé des motifs

Cet article prévoit plusieurs réaffectations de recettes entre les branches de la sécurité sociale afin, d'une part, de tenir compte des effets de l'ensemble des articles du texte et du projet de loi de finances, notamment au titre de la compensation des exonérations de cotisations sociales, et, d'autre part, d'affecter aux branches dont le déficit est le plus important une part plus importante des recettes partagées entre les branches, notamment la CSG sur les revenus de remplacement.

Afin de tenir compte à la fois de la réforme des allègements généraux qui modifie la nature des cotisations exonérées et de la réaffectation à l'Etat, qui finance cette politique via la fiscalité affectée, et du rendement généré par les mesures d'économie prévues en 2025 et en 2026, cet article prévoit d'affecter une fraction supplémentaire de taxe sur les salaires et d'autres taxes et contributions affectées (notamment de la taxe sur les véhicules terrestres à moteur, la taxe sur les conventions d'assurance et les produits de cotisation sur les jeux et paris) de la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) vers la Caisse nationale d'allocation maladie (CNAM) et la Caisse nationale d'allocations vieillesse (CNAV). En effet, la suppression de la réduction proportionnelle de 1,8 point des cotisations d'allocations familiales à l'occasion de la réforme des allègements généraux réduit le coût des exonérations de cotisations affectées à la CNAF.

Par ailleurs, l'article répartit entre la CNAM et la CNAV l'effet négatif de la restitution à l'Etat du gain généré depuis 2025 par la réforme des allègements généraux de cotisations sociales, dont a résulté dès cette année 1,6 milliards d'euros de rendement net d'effet sur l'impôt sur les sociétés. Ce montant avait en effet été temporairement affecté à la sécurité sociale et réparti à égalité entre la CNAM et la CNAV en 2025. La CNAM étant seule affectataire de la TVA attribuée en projet de loi de finances à la sécurité sociale, la répercussion de cette restitution sur la CNAV suppose la réduction de 0,8 milliard d'euros du rendement des contributions affectées à la CNAV.

Enfin, s'agissant des recettes nouvelles prévues par le présent projet de loi, il est proposé d'en affecter le rendement prioritairement aux branches qui ont les besoins de financement les plus importants et les déficits les plus élevés, et notamment l'assurance maladie qui a été la branche la plus exposée à la crise sanitaire et qui a financé les mesures du « Ségur de la santé ». Ainsi, cette branche bénéficiera d'une affectation d'une partie de la CSG sur les revenus de remplacement qui bénéficie actuellement à la branche famille, ainsi que du rendement des mesures portant sur les niches sociales. S'agissant de ces dernières, afin de ne pas modifier l'affectation actuelle des contributions concernées, notamment le forfait social et la taxe sur les indemnités de rupture qui

bénéficient à la CNAV, il est proposé par simplicité de réaffecter une autre recette à destination de la CNAM.

Par ailleurs, cet article tire également les conséquences d'autres transferts notamment en faveur de l'assurance vieillesse (montée en charge de la réforme des retraites sur la fonction publique d'État, ajustement des dispositions relatives au fonds de solidarité vieillesse à la suite de sa suppression). Il tire également les conséquences du report de la mesure d'affectation des sommes collectées sur la base des sommes dues dans le régime agricole. Cette disposition sera mise en place en cohérence avec la future convention d'objectifs et de gestion de ce dernier.

Enfin, cet article prévoit l'affectation à la CNAV des excédents constatés par la caisse nationale des industries électriques et gazières au titre de la contribution tarifaire à l'acheminement.

TITRE II CONDITIONS GENERALES DE L'EQUILIBRE FINANCIER DE LA SECURITE SOCIALE

Article 13

Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionné à l'annexe 4

Est approuvé le montant de 5,7 milliards d'euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l'annexe 4 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

Exposé des motifs

Les crédits ouverts sur le budget de l'État en compensation d'exonérations s'élèvent à 5,67 milliards d'euros en 2026. Ce montant est en baisse de 700 millions d'euros par rapport aux crédits ouverts en loi de finances initiale pour 2025, qui s'élevaient à 6,37 milliards d'euros, pour tenir compte des mesures contenues dans le présent projet de loi en vue de réaliser des économies sur le champ de ces dispositifs.

Article 14

Tableau d'équilibre 2026

Pour l'année 2026 est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	255,0	267,5	-12,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	17,1	18,0	-1,0
Vieillesse	304,4	307,4	-3,1
Famille	60,1	59,4	0,7
Autonomie	41,8	43,5	-1,7
Toutes branches (hors transferts entre branches)	659,4	676,9	-17,5

Exposé des motifs

En 2026, le solde de l'ensemble des régimes obligatoires de base atteindrait -17,5 milliards d'euros, après -23,0 milliards d'euros en 2025. Cette nette amélioration du solde repose sur une progression des dépenses bien moindre que celle des recettes. Les dépenses augmenteraient d'1,6%, en lien avec la progression de l'ONDAM d'1,6%, le gel des pensions et prestations sociales porté par le présent projet de loi et la montée en charge des effets de la réforme des retraites. Les recettes augmenteraient de 2,5%, portées notamment par la masse salariale du secteur privé qui progresserait de 2,3% et par des mesures nouvelles.

Ainsi, la sécurité sociale bénéficierait, entre autres, de mesures de socialisation des compléments de salaires (+1,2 Md€), d'une participation des organismes complémentaires de 1,0 milliard d'euros, ainsi que du transfert, via la fraction de TVA, du produit de la fiscalisation des indemnités journalières pour maladie versées au titre des affections de longue durée (+0,7 Md€ en 2026 en intégrant l'effet du prélèvement à la source).

Article 15

Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions de recettes du Fonds de réserve pour les retraites

I. - Pour l'année 2026, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 16,4 milliards d'euros.

II. - Pour l'année 2026, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes affectées	0
Total	0

Exposé des motifs

En 2026, la dette restant à amortir par la CADES devrait s'élever à 105,3 milliards d'euros. 274,7 milliards d'euros auront déjà été amortis par celle-ci.

Article 16

Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes

Sont habilités en 2026 à recourir à des ressources non permanentes afin de couvrir les besoins de financement des régimes dont ils gèrent la trésorerie les organismes mentionnés dans le tableau ci-dessous, dans les limites indiquées :

(en millions d'euros)

	Encours limites
Agence centrale des organismes de sécurité sociale	83 000

Caisse de prévoyance et de retraite du personnel ferroviaire	360
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	450
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	13 400

Exposé des motifs

Seule la loi de financement peut autoriser les régimes à recourir, dans les limites qu'elle détermine, à des ressources non permanentes. Le présent article fixe ainsi la liste des organismes pouvant recourir à l'emprunt et les plafonds maximaux autorisés pour faire face à leurs besoins de trésorerie.

L'ACOSS, qui assure le financement des besoins du régime général et des régimes financièrement intégrés, présente le besoin de financement le plus élevé. Son plafond d'emprunt serait relevé à 83 milliards d'euros pour l'exercice 2026, soit un niveau supérieur à celui de l'année 2025, fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 à 65 milliards d'euros. Ce relèvement du plafond d'emprunt est rendu nécessaire par l'accumulation de déficits du régime général, lesquels impliquent une variation de trésorerie négative, relativement continue sur l'ensemble de l'année. Son niveau tient compte de l'effet des mesures prévues dans le présent projet de loi pour l'année 2026 et de leurs effets en trésorerie.

Ce plafond correspond au maximum autorisé et le recours effectif à des ressources non permanentes sera en moyenne nettement inférieur au cours de l'année. Il comprend en effet, comme les années précédentes, une marge permettant de sécuriser environ un mois de trésorerie afin de faire face, le cas échéant, à une dégradation brutale de la situation de trésorerie de l'ACOSS ou à tout risque opérationnel majeur. Cette marge de sécurité doit par ailleurs être renforcée dans la mesure où le plafond prévu pour 2025 n'avait pas été révisé dans la loi finalement adoptée en février 2025 malgré la révision à la hausse du déficit prévisionnel par rapport au projet initial.

Aussi, le relèvement du plafond tient à la fois compte de l'effet en trésorerie du déficit prévisionnel pour 2026 et de l'accroissement des risques et des besoins de sécurisation. Il tient également compte des effets favorables sur la trésorerie de la disposition proposée dans le projet de loi consistant à anticiper le versement des remises pharmaceutiques. Ces différents effets permettent de limiter à 18 milliards d'euros la hausse du plafond.

L'annexe 3 au présent projet de loi détaille les besoins de financement effectifs des organismes. Les ressources mobilisées par l'ACOSS doivent permettre de couvrir également, outre l'ensemble des besoins de financement du régime général de sécurité sociale, ceux de trois autres régimes.

Ainsi, le niveau de ressources non permanentes auquel pourra recourir la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel ferroviaire est fixé à 360 millions d'euros pour l'année 2026. Le plafond de la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines est quant à lui fixé à 450 millions d'euros. Enfin, le besoin de financement de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) se stabilisera en 2026 par rapport à 2025, sous l'effet de la hausse du taux de cotisations vieillesse employeur. Cette amélioration du besoin de financement du régime conduit à diminuer légèrement le plafond d'emprunt de la CNRACL à 13,4 milliards d'euros en 2026.

Article 17**Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale**

Est approuvé le rapport figurant en annexe à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2026 à 2029), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Exposé des motifs

Cet article vise à approuver la trajectoire pluriannuelle des régimes obligatoires de base présentée dans l'annexe à la LFSS. L'annexe présente les sous-jacents économiques qui ont permis la construction du projet de loi et des soldes des régimes de base jusqu'en 2029 et notamment les données macro-économiques qui déterminent le niveau des recettes et des dépenses, ainsi que la montée en charge des mesures portées dans le PLFSS.

Obtenu par APMnews

DEUXIEME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES POUR L'EXERCICE 2026

TITRE I^{er}
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES

Article 18

Etendre le champ des participations forfaitaires et franchises et rendre visible leur recouvrement

L'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

I. – Au II :

1° Au premier alinéa, après le mot : « médecin, », sont insérés les mots : « un chirurgien-dentiste » ;

2° Les deux premières phrases du quatrième alinéa sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles la participation forfaitaire peut être acquittée par l'assuré auprès du professionnel de santé, qui la reverse à l'assurance maladie, ou récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir ou directement auprès de l'assuré. »

II. – Au III :

1° Après le 4°, il est inséré un 5° ainsi rédigé :

« 5° Produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation et d'une liste de dispositifs fixée par arrêté. Un décret prévoit les modalités d'application de la franchise pour les produits et prestations facturés dans le cadre d'une location par un distributeur au détail à l'assuré. » ;

2° Au sixième alinéa, qui devient le septième, est ainsi modifié :

a) Les références : « 1°, 2°, 3° et 4° » sont remplacées par les références : « 1° à 5° » ;

b) L'alinéa est complété par les mots : « à l'exception des prestations mentionnées au 3°, qui font l'objet d'un plafond annuel distinct. » ;

3° Le huitième alinéa, qui devient le neuvième, est remplacé par les dispositions suivantes :

« Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités de mise en œuvre du présent III, notamment les conditions dans lesquelles la franchise peut être acquittée par l'assuré auprès du professionnel de santé, qui la reverse à l'assurance maladie, ou récupérée par l'organisme d'assurance maladie sur les prestations de toute nature à venir ou directement auprès de l'assuré. Il peut être dérogé à l'article L. 133-3. » ;

4° Le dernier alinéa est supprimé.

III – Les dispositions du présent article entrent en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} janvier 2027.

Exposé des motifs

L'Assurance maladie finance l'essentiel de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) en France (79,5 %, soit 249 Md€ en 2023). Au cours des dernières années, la régulation des dépenses d'assurance maladie a principalement porté sur l'efficience des soins, par le biais de mesures de maîtrise des prix (baisse de prix sur les produits de santé, action sur les tarifs hospitaliers, etc.) ainsi que par des actions de maîtrise des volumes.

Les participations forfaitaires et les franchises, respectivement créées en 2004 et 2008, ont pour objectif de faire participer de manière forfaitaire les assurés à leurs dépenses de santé, sans solvabilisation par l'assurance maladie complémentaire. Le Gouvernement a annoncé un doublement des montants et des plafonds des franchises.

Or, plusieurs secteurs de soins échappent aujourd'hui aux participations forfaitaires et franchises, sans véritable justification. C'est le cas notamment des actes ou consultations réalisés par les chirurgiens-dentistes. De même, les dispositifs médicaux sont hors champs des franchises, alors que celles-ci sont appliquées aux médicaments. Enfin, le plafond annuel des franchises est fixé actuellement à 50 euros, alors qu'il est commun aux franchises sur les médicaments et les actes paramédicaux et que la part des dépenses de transports de patient pèse de plus en plus lourd dans les dépenses de santé.

Ainsi, la mesure proposée consiste à appliquer une participation forfaitaire sur les actes et consultations effectués par les chirurgiens-dentistes, à appliquer une franchise sur les dispositifs médicaux du même montant que celle applicable aux médicaments, à créer un plafond *ad hoc* pour les transports de patients et à permettre le paiement des participations forfaitaires et franchises directement auprès de certains professionnels de santé.

Les assurés actuellement exonérés, soit environ un tiers des assurés, continueront de l'être (enfants et jeunes de moins de 18 ans, bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, femmes enceintes à partir du 1^{er} jour du 6^{ème} mois de grossesse et jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement, mineures pour la contraception et la contraception d'urgence sans consentement parental et victimes d'un acte de terrorisme pour les frais de santé en rapport avec cet événement).

Article 19

Prévenir l'augmentation des affections de longue durée par la mise en place de prestations d'accompagnement préventif dédiées

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le chapitre 2 du titre VI du livre I^{er} est complété par une section 15 ainsi rédigée :

« Section 15

« Prise en charge de prestations d'accompagnement préventif à destination des assurés souffrant d'une pathologie à risque d'évolution vers une affection de longue durée

« Art. L. 162-63. – Les assurés sociaux souffrant d’une pathologie à risque d’évolution vers une affection relevant des 3° et 4° de l’article L. 160-14, inscrite sur une liste suivant des critères définis par décret après avis de la Haute Autorité de santé peuvent bénéficier d’un parcours d’accompagnement préventif sur prescription médicale.

« La prescription médicale du parcours d’accompagnement préventif est adressée pour avis au service du contrôle médical de la caisse d’assurance maladie dont relève l’assuré. A défaut d’observations dans un délai fixé par voie réglementaire, l’avis est réputé favorable. Le directeur de l’organisme notifie à l’assuré et à son médecin traitant la décision statuant sur son admission dans le parcours d’accompagnement préventif.

« Ce parcours d’accompagnement préventif peut être organisé sous la forme d’un parcours coordonné renforcé tel que mentionné à l’article L. 4012-1 du code de la santé publique dans des conditions fixées par décret en Conseil d’Etat. »

2° Au 9° de l’article L. 160-8, après le mot « publique », sont ajoutés les mots : « et à l’article L. 162-63 du présent code ».

Exposé des motifs

Selon les estimations du rapport sur l’évolution des charges et des produits de l’assurance maladie, environ 25 millions de personnes souffraient de pathologies chroniques en 2023. La hausse de la prévalence des pathologies chroniques devrait se poursuivre et progresser fortement à horizon 2035. Ainsi, 43 % de la population pourrait souffrir d’une pathologie chronique en 2035, contre 36,9 % aujourd’hui.

Cette hausse des pathologies chroniques a des répercussions sur le dispositif des affections de longue durée avec 26 % de la population qui pourrait bénéficier de ce dispositif en 2035, soit 18 millions de personnes représentant les $\frac{3}{4}$ de la dépense d’assurance maladie, contre 14 millions de bénéficiaires en 2022.

En complément des différentes politiques déjà menées en matière de prévention, il apparaît donc nécessaire d’améliorer la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques et en particulier de permettre un meilleur accompagnement des patients atteints d’une affection susceptible d’évoluer vers une affection de longue durée dans une logique de prévention renforcée.

Un nouveau panier de soins de prévention, centré sur des prestations aujourd’hui non prises en charge par l’assurance maladie mais pouvant être déterminantes pour prévenir l’aggravation des pathologies chroniques comme l’accompagnement à l’activité physique ou la diététique, sera donc mis en place en complément de prestations déjà remboursées et tout aussi déterminantes (soins de psychologie et éducation thérapeutique notamment). Il sera déployé sous la forme d’un parcours coordonné renforcé dédié, permettant de prévenir l’entrée en affection de longue durée. Les critères médicaux permettant de déterminer l’accès à ce nouveau dispositif et la liste des pathologies concernées seront déterminés après avis de la Haute autorité de santé (HAS). Il sera cofinancé par l’assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires de santé.

En parallèle, le Gouvernement saisira la HAS sur les critères d’admission en affection de longue durée afin de clarifier l’articulation avec ce nouveau dispositif.

Article 20

Simplifier et rendre plus efficiente la politique vaccinale

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

1° Au c du 2° de l'article L. 1431-2, après les mots : « besoins de santé de la population, », sont insérés les mots : « elles pilotent l'activité de vaccination, » ;

2° Au neuvième alinéa de l'article L. 1432-2, les mots : « aux articles L. 1423-2 et L. 3111-11 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 1423-2 » ;

3° Après l'article L. 3111-2, est inséré un article L. 3111-2-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 3111-2-1. – Sous réserve d'une recommandation préalable en ce sens de la Haute Autorité de santé, la vaccination contre la grippe est obligatoire, sauf contre-indication médicale reconnue, pour les personnes résidant dans l'un des établissements mentionnés au I. du L.313-12 du code de l'action sociale et des familles pendant la période épidémique.

« Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Haute Autorité de santé, définit les conditions de mise en œuvre de cette obligation. » ;

4° A l'article L. 3111-4 :

a) Au début du premier alinéa, est insérée la mention : « I. - » ;

b) Au premier alinéa, après les mots : « de prévention », est inséré le signe : « , » ;

c) Après le cinquième alinéa, sont insérés un II et un III ainsi rédigés :

« II. – Sous réserve d'une recommandation préalable en ce sens de la Haute Autorité de santé, les professionnels de santé exerçant, à titre libéral, une profession listée dans un décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Haute Autorité de santé, doivent être vaccinés contre la grippe. Ce décret précise les conditions d'exercice des professions de santé qu'il énumère auxquelles s'applique l'obligation vaccinale, en fonction de l'exposition à des risques de contamination qu'elles induisent pour les professionnels ou pour les personnes dont ils sont chargés.

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

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

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

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

d) Au début du dernier alinéa, est insérée la mention : « IIV. – » ;

4° L'article L. 3111-11 est remplacé par les dispositions suivantes :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

II. – Au premier alinéa de l'article L. 174-16 du code de la sécurité sociale :

1° Les mots : « santé publique et » sont remplacés par les mots : « santé publique, » ;

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

III. – Les dispositions des 1°, 2° et 4° du I et celles du II du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2027.

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

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

Exposé des motifs

Notre système de santé fait face à des défis majeurs en matière de politique vaccinale. La nouvelle stratégie « vaccination et immunisation 2025-2030 » a notamment pour ambition de répondre aux enjeux de simplification et d'efficience. En effet, il est nécessaire de simplifier l'organisation territoriale de l'offre vaccinale pour la rendre plus accessible, plus cohérente et mieux adaptée aux réalités de terrain, afin notamment de protéger les populations les plus fragiles.

Dans cette perspective, la présente mesure prévoit :

- d'actualiser les obligations vaccinales des professionnels des secteurs sanitaire et médico-social, ainsi que des professionnels de la petite enfance, à la suite des recommandations de la HAS en date des 29 mars et 27 juillet 2023, en tenant compte des données épidémiologiques, du contexte sanitaire et de la mise en œuvre opérationnelle de ces obligations, et de créer, dès à présent, une base légale pour les éventuelles nouvelles obligations vaccinales contre la grippe, notamment pour les résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ;

- d'optimiser l'organisation territoriale en simplifiant le dispositif de pilotage des centres de vaccination, qui relèvent aujourd'hui de divers acteurs (des départements, des communes ou de l'Etat) via les agences régionales de santé. À cette fin, elle prévoit une centralisation du financement de ces structures, permettant ainsi aux agences régionales de santé d'exercer pleinement leurs responsabilités de coordination et de gestion, dans un cadre plus lisible ;

- de limiter la portée de la rétroactivité de l'obligation vaccinale contre les infections à méningocoques ACWY et B votée en LFSS 2024.

Article 21

Renforcer l'accès aux soins

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1°. – Au sein de la sous-section 3 de la section 1 du chapitre 2 du titre VI du livre I^{er}, il est rétabli un article L. 162-5-11 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-5-11.* – I. Lors de leur stage réalisé en application du premier alinéa du II de l'article L. 632-2 du code de l'éducation, les étudiants en médecine générale sont tenus d'appliquer, pour la tarification des soins qu'ils délivrent, les règles fixées par la convention mentionnée à l'article L. 162-5. Ces tarifs ne peuvent donner lieu à dépassement et les assurés qu'ils prennent en charge sont dispensés de l'avance de frais pour leur part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

« Par dérogation aux articles L. 161-36-2 et L. 161-36-3, les frais facturés en tiers payant en application du premier alinéa ne donnent pas lieu au versement à l'étudiant de la part prise en charge par les régimes susmentionnés.

« II. – Le paiement de la rémunération des internes en dernière année du diplôme d'études spécialisées de médecine générale est assuré par le centre hospitalier universitaire auquel ils sont rattachés après déduction, le cas échéant, des sommes qu'ils ont perçues au titre des montants acquittés par les assurés pour les frais de soins non pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

« III. – Les sommes perçues par les internes dans le cadre du stage mentionné au I au titre des montants acquittés par les assurés pour les frais de soins non pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sont considérées pour l'application des règles relatives aux prélèvements sociaux et fiscaux comme des émoluments versés par le centre hospitalier universitaire auquel ils sont rattachés.

« Les conditions d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. »

2° Le I de l'article L. 162-14-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 10° Le cas échéant, les conditions dans lesquelles la facturation de certains actes ou prestations peut être réservée à ceux réalisés dans des structures spécialisées en soins non programmés telles que définies à l'article L. 6323-6 du code de la santé publique. »

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

1° L'article L. 1435-4-3 est ainsi rétabli :

« *Art. L. 1435-4-3.* – Les agences régionales de santé peuvent conclure avec un médecin conventionné et spécialisé en médecine générale, qui n'est pas installé en cabinet libéral ou dont l'installation date de moins d'un an, un contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire sur la base duquel il perçoit une rémunération complémentaire aux rémunérations de ses activités de soins lorsque celles-ci sont inférieures à un seuil.

« Le praticien territorial de médecine ambulatoire s'engage :

« - à exercer la médecine générale à titre libéral, pendant une durée fixée par le contrat qui ne peut être inférieure à deux ans, dans une zone définie par l'agence régionale de santé comme prioritaire ;

« - à respecter les tarifs opposables ;

« - à participer, dans des conditions fixées par le contrat, à des actions définies par l'agence régionale de santé en matière d'accès aux soins, de permanence et de continuité des soins et de coordination des soins ;

« - à contribuer à l'enseignement et à la formation universitaire en médecine générale.

« Un contrat est conclu avec l'université au titre de cet engagement. Il est joint au contrat mentionné au premier alinéa.

« Le contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire est renouvelable une fois.

« Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article. »

2° Au troisième alinéa du I de l'article L. 1435-5, après les mots : « participation à la », sont insérés les mots : « garde de ».

3° Au troisième alinéa du I de l'article L. 5125-4, après les mots : « officine par voie », sont insérés les mots : « de création, ».

4° Après le chapitre III *quater* du titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique, il est créé un chapitre III *quinquies* ainsi rédigé :

« CHAPITRE III *QUINQUIES* :

« **STRUCTURES SPECIALISEES EN SOINS NON PROGRAMMES**

« Art. L. 6323-6. – Une structure spécialisée en soins non programmés est une structure sanitaire de proximité assurant, à titre principal, des missions relatives à la prise en charge des soins non programmés de premier recours et dont les membres s'engagent à respecter un cahier des charges, déterminé par un arrêté du ministre chargé de la santé, relatif aux principes d'organisation et aux caractéristiques de son exercice, à l'accessibilité de ses locaux et de ses services, aux délais de prise en charge, à l'orientation des patients dans le parcours de soins et aux prestations minimales attendues.

« Elle est une personne morale constituée entre des professionnels médicaux et, le cas échéant, des auxiliaires médicaux, exerçant à titre libéral ou salarié.

« Les professionnels de santé de la structure élaborent un projet de prise en charge des soins non programmés, signé par chacun d'entre eux, compatible avec les orientations des schémas régionaux mentionnés à l'article L. 1434-2 et précisant leur intégration dans l'organisation territoriale des soins et leurs engagements concernant le service d'accès aux soins mentionné à l'article L. 6311-3 et la permanence des soins ambulatoires prévue à l'article L. 6314-1. Ce projet

est validé par l'agence régionale de santé et par l'organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie territorialement compétents.

« Les professionnels de santé exerçant au sein de ces structures le déclarent à l'agence régionale de santé et aux organismes gestionnaires de régime de base d'assurance maladie territorialement compétents.

« La structure bénéficie d'un financement forfaitaire spécifique versé par l'assurance maladie dont le montant, déterminé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, tient compte notamment du nombre de patients accueillis par an.

« Les conditions d'application du présent article, notamment la définition de l'activité de soins non programmés, les modalités de fixation du cahier des charges et les conditions de validation du projet de prise en charge des soins non programmés, sont fixées par décret en Conseil d'Etat. ».

III. – A défaut de signature, avant le 1^{er} juin 2026, d'un avenant à la convention médicale en vigueur mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale portant sur la rémunération des soins non programmés et la mise en œuvre du 10° de l'article L. 162-14-1 dans sa rédaction issue de la présente loi, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent déterminer par arrêté les modifications à apporter à cet effet à cette convention.

Exposé des motifs

Renforcer l'accès aux soins de tous, partout sur le territoire, demeure une priorité absolue. Il est essentiel de continuer à mobiliser l'ensemble des leviers permettant de renforcer l'accès aux soins sur les territoires, y compris le soir et le week-end.

D'une part, depuis 2019, dans le cadre du « Pacte de refondation des urgences », de nombreuses mesures ont été déployées pour rationaliser le recours aux urgences hospitalières, en développant notamment une réponse en amont plus structurée aux soins non programmés. Dans ce cadre, le renforcement des structures de soins non programmés en ville, y compris en lien avec les établissements de santé, constitue un axe prioritaire d'organisation de l'offre. Il convient de consolider leurs modalités de financement et leur intégration dans les maillages territoriaux, en appui des dynamiques portées par les projets régionaux de santé.

De plus, il est proposé d'harmoniser l'organisation et le financement de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) et du service d'accès aux soins (SAS) afin de réduire la complexité du champ des soins non programmés. Le rapprochement de ces dispositifs consiste à prévoir un financement des forfaits de régulation de PDSA dans le champ conventionnel, sur le modèle des forfaits de régulation du SAS.

D'autre part, certains freins d'ordre juridique ou financier méritent encore d'être levés pour renforcer l'organisation de l'offre de soins de proximité dans les territoires les plus fragiles.

Le « Pacte de lutte contre les déserts médicaux » propose ainsi plusieurs mesures afin de favoriser l'accès aux soins. Tout d'abord, il vise à adapter les modalités actuelles de création des officines pour mieux répondre à la situation des communes ayant perdu leur dernière officine et soutenir le maintien d'un maillage officinal de proximité.

Par ailleurs, pour favoriser l'installation de jeunes médecins dans les territoires concernés, ce « Pacte » prévoit un nouveau statut de praticien territorial de médecine ambulatoire. Il repose sur un engagement d'exercice de deux ans avec un soutien économique et organisationnel adapté. Cette mesure, articulée avec les dispositifs conventionnels et de soutien à l'installation, vise également à renforcer l'efficacité des dépenses publiques consacrées à la démographie médicale.

En outre, à partir de la rentrée 2026, les étudiants qui réalisent leur dernière année de diplôme d'études spécialisées de médecine générale effectueront un stage, sous un régime d'autonomie supervisée par un ou plusieurs praticiens, maîtres de stage, des universités agréées, dans des lieux agréés en pratique ambulatoire dans lesquels exercent un ou plusieurs médecins généralistes. Ils recevront dans ce cadre des patients pour des consultations de médecine générale. Bien que les consultations soient facturées aux patients et prises en charge par l'assurance maladie dans les conditions de droit commun, un circuit de facturation dérogatoire sera mis en place.

Article 22

Simplifier et sécuriser le financement des établissements de santé

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 161-36 est ainsi rétabli :

« *Art. L. 161-36.* – Les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22 sont tenus d'assurer, pour les personnes mentionnées à l'article L. 160-1 du présent code et à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, la transmission par voie électronique des documents nécessaires, d'une part, à la prise en charge des soins, produits et prestations et, d'autre part, à la mise en œuvre du tiers payant par les organismes d'assurance maladie. Ils sont également tenus de transmettre à l'organisme d'assurance maladie complémentaire de l'assuré les documents nécessaires à la détermination de la part des dépenses prises en charge par cet organisme.

« En retour, l'organisme d'assurance maladie complémentaire communique à l'établissement, par voie électronique, aux fins d'information du patient et de facturation, la part des dépenses qu'il prend en charge et dont il assure le paiement à l'établissement. »

2° Au dernier alinéa du III de l'article L. 162-22-18, les mots : « , après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé » sont supprimés ;

3° Les trois derniers alinéas du I de l'article L. 162-23 sont supprimés ;

4° L'article L. 162-23-4 est complété par un III ainsi rédigé :

« III. – Pour les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22, les tarifs nationaux de prestations mentionnés au 1° du I du présent article sont minorés lorsque, pour ces mêmes prestations, des honoraires sont facturés, dans les conditions définies aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1, par les professionnels de santé exerçant en leur sein à titre libéral ou, dans les conditions définies à l'article L. 162-26-1, par ces établissements.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé détermine pour chaque établissement concerné, dans des conditions fixées par décret, le coefficient de minoration applicable aux tarifs nationaux de prestations afin de tenir compte de ces honoraires.

« Ce coefficient s'applique à la date mentionnée au dernier alinéa du I du présent article. »

5° Au I de l'article L. 162-23-8 :

a) Au premier alinéa, les mots : « part prévue au 2° du I de l'article L. 162-23, affectée à la » sont supprimés et après les mots : « établissements de santé mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22 » sont insérés les mots : « exerçant les activités mentionnées au 4° de cet article » ;

b) Au dernier alinéa, les mots : « , en fonction du montant mentionné au 2° du I de l'article L. 162-23 et après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés, le montant des dotations régionales ainsi que les critères d'attribution aux établissements » sont remplacés par les mots : « le montant des dotations régionales » ;

6° A l'article L. 162-25 :

a) Le premier alinéa est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« Par dérogation à l'article L. 160-11, l'action des établissements de santé mentionnés aux a à d de l'article L. 162-22 pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit dans les conditions suivantes :

« - par un an à compter de la date de réalisation de l'acte ou de la consultation pour les actes et consultations externes mentionnés à l'article L. 162-26 ;

« - par un an à compter de la date de fin de la prestation d'hospitalisation mentionnée au 1° des articles L. 162-22-3 et L. 162-23-1. » ;

b) Au second alinéa, qui devient le quatrième, les mots : « le délai mentionné au premier alinéa du présent article peut être prolongé » sont remplacés par les mots : « ces délais peuvent être prolongés » ;

7° Après le premier alinéa de l'article L. 174-2-1, qui devient l'article L.162-27, est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ce remboursement est effectué sur la base d'une facturation par l'établissement à la caisse susmentionnée ou, pour les prestations d'hospitalisation, médicaments et produits et prestations, d'une valorisation des données d'activité transmises en application de l'article L. 6113-8 du code de la santé publique, selon des modalités définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et tenant compte, notamment, de la nature de l'activité. » ;

8° Aux articles L. 165-12 et L. 174-1, la référence à l'article L. 174-2-1 est remplacée par une référence à l'article L. 162-27.

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

1° Au 4° de l'article L. 6133-1:

a) après les mots : « règles de responsabilité à l'égard des patients », les mots : « , de responsabilité à leur égard » sont supprimés ;

b) à la troisième phrase, les mots : « , dans les conditions prévues à l'article L. 6133-8 » sont supprimés ;

c) après la troisième phrase, sont insérées les phrases suivantes :

« Si les autorisations que le groupement exploite pour une même activité de soins sont détenues par au moins deux de ses membres relevant d'échelles tarifaires différentes, les tarifs applicables à la facturation de cette activité sont déterminés dans les conditions prévues à l'article L. 6133-8. Si les autorisations qu'il exploite pour une activité de soins sont détenues par un seul de ses membres ou par des établissements relevant d'une même échelle tarifaire, leur échelle tarifaire s'applique à la facturation de cette activité. » ;

d) à l'avant-dernière phrase, les mots : « qui ne facturent plus les soins délivrés au titre de l'autorisation d'activité de soins exploitée par le groupement » sont remplacés par les mots : « qui ne les facturent plus » ;

2° A l'article L. 6145-9, la référence à l'article L. 174-2-1 est remplacée par la référence à l'article L. 162-27.

III. – Au III de l'article 78 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 :

1° Le C est abrogé ;

2° Le D est abrogé ;

3° Le H est abrogé.

IV. – L'article 65 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 est abrogé.

V. – Le présent article entre en vigueur au 1^{er} janvier 2026 à l'exception des dispositions du 1° du III et de celles du IV qui entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2027.

Exposé des motifs

La trop grande complexité des règles régissant la facturation de l'activité hospitalière entraîne une incertitude dommageable ainsi que des coûts supplémentaires pour l'ensemble des acteurs. Alors que l'ensemble du système de santé est mis à contribution pour atteindre l'objectif de restauration de l'équilibre des finances publiques, il est indispensable que soient mises en œuvre des mesures de simplification et de sécurisation permettant de diminuer les charges administratives pesant sur les acteurs, d'améliorer et de sécuriser le recouvrement des créances des établissements de santé et de diminuer les tensions de trésorerie chez ces derniers.

Cet article vise ainsi à améliorer l'efficacité des processus de facturation et de recouvrement des recettes d'assurance maladie, obligatoire et complémentaire, par les établissements de santé et à améliorer le contrôle des règles de financement applicables, avec une attention portée aux groupements de coopération sanitaire. Il vise également à sécuriser le financement des établissements de santé notamment via la pérennisation d'un coefficient honoraire

dans le secteur privé en service médical rendu qui permet de répondre aux besoins spécifiques du secteur sur le recrutement et la fidélisation des professionnels exerçant en leur sein.

Article 23

Reporter le financement de la protection sociale complémentaire pour les agents de la fonction publique hospitalière

Au 4° du I de l'article 4 de l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique, la date du 1^{er} janvier 2026 est remplacée par la date du 1^{er} janvier 2028.

Exposé des motifs

Les dispositions du 4° du I de l'article 4 de l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique prévoient la mise en place d'une complémentaire santé dans la fonction publique hospitalière (FPH) à compter du 1^{er} janvier 2026. Ce calendrier doit être ajusté pour tenir compte du délai nécessaire aux négociations avec les organisations syndicales.

Article 24

Lutter contre les rentes dans le système de santé

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 162-1-7, il est rétabli un article L. 162-1-7-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-1-7-1.* – Par dérogation à la procédure prévue à l'article L. 162-1-7 et aux dispositions de l'article L. 162-14-1, la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des activités de traitement du cancer par radiothérapie est assurée par des forfaits déterminés en fonction de la nature de la prise en charge, des techniques utilisées et des caractéristiques des patients. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale inscrit ces forfaits à la liste prévue à l'article L. 162-1-7 et en fixe le tarif. » ;

2° Le dernier alinéa du III de l'article L. 162-1-9-1 est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Les rémunérations liées à l'acquisition et au fonctionnement des équipements matériels lourds sont décidées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avoir recueilli l'avis mentionné à l'alinéa précédent. » ;

3° Le 26° de l'article L. 162-5 est supprimé ;

4° Après l'article L. 162-14-5, il est inséré un article L. 162-14-6 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-14-6.* – I. – Lorsqu'il est constaté, au regard de l'évaluation mentionnée au II, que le niveau de rentabilité d'un secteur, d'un acte, d'une prestation ou d'un produit de l'offre de soins est manifestement disproportionné par rapport à celui des autres secteurs, actes, prestations et produits de l'offre de soins, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale demandent au directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie d'engager

des négociations en vue de la conclusion d'un avenant permettant une baisse des tarifs pour un montant qu'ils déterminent et l'habilitent à y procéder, le cas échéant, dans les conditions prévues au présent I, de manière unilatérale.

« Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie engage ces négociations dans un délai d'un mois à compter de la réception de la décision mentionnée à l'alinéa précédent. A défaut de conclusion, selon les modalités prévues au présent chapitre, d'un avenant dans un délai fixé par cette décision, il procède aux baisses des tarifs permettant d'atteindre le montant déterminé.

« Les montants des baisses des tarifs sont fixés afin de permettre une convergence du niveau de rentabilité du secteur, de l'acte, de la prestation ou du produit concerné avec celui des autres secteurs, actes, prestations et produits de l'offre de soins.

« II. – Pour l'application des dispositions du présent article, le niveau de rentabilité est évalué à partir de la rentabilité économique des secteurs, actes, prestations et produits concernés, déterminée au regard des données comptables et statistiques pertinentes. Les critères et modalités de cette évaluation, qui peut le cas échéant être effectuée à partir d'un échantillon représentatif, sont précisés par voie réglementaire.

« Les personnes mentionnées au 3° du I de l'article L. 114-17-1 sont tenues de communiquer les informations nécessaires à l'évaluation prévue à l'alinéa précédent.

« Lorsqu'une personne physique ou morale refuse de transmettre les informations demandées sur le fondement des dispositions du présent II, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut, après que la personne concernée a été mise en mesure de présenter ses observations, lui infliger une pénalité financière au plus égale à 1 % du montant des honoraires qui lui ont été versés par l'assurance maladie pendant les douze mois précédant le refus de transmission.

« La pénalité est recouvrée par l'organisme d'assurance maladie compétent. Les huitième et neuvième alinéas du I de l'article L. 114-17-2 sont applicables à son recouvrement. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.

« III. – Les modalités d'application du présent article, notamment la nature des informations mentionnées au deuxième alinéa du II et les modalités de leur communication, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. »

II. – Le 1° du I du présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2027.

Toutefois, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder, dans un délai de trois semaines suivant la promulgation de la présente loi, à la fixation des tarifs des actes de traitement du cancer par radiothérapie, afin de réaliser un montant d'économies de cent millions d'euros au cours de l'année 2026. Cette décision est transmise aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elle est réputée approuvée en l'absence d'opposition motivée de ces ministres avant l'expiration d'un délai de vingt-et-un jours suivant cette transmission.

III. – Le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie engage, dans un délai d'un mois à compter de la promulgation de la présente loi, des négociations

conventionnelles en vue de déterminer les modalités de rémunération des actes des néphrologues libéraux permettant de rapprocher les tarifs de ces actes de ceux résultant des modalités de financement de la prise en charge des traitements de la maladie rénale chronique par épuration extrarénale prévues à l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale et de réaliser un montant d'économies d'au moins vingt millions d'euros au cours de l'année 2026.

En l'absence de conclusion, dans un délai de deux mois suivant l'ouverture de ces négociations, d'un tel avenant, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder, dans un délai de quinze jours, à la fixation du tarif des actes concernés des néphrologues afin de permettre le rapprochement et le montant d'économies mentionnés à l'alinéa précédent.

Exposé des motifs

Dans un contexte où l'équilibre budgétaire de la branche maladie de la sécurité sociale est durablement très dégradé, la pertinence des dépenses d'assurance maladie doit constituer une priorité. Rémunérer au juste prix les actes réalisés par les professionnels de santé et les établissements constitue l'un des axes de cette politique. Or, plusieurs secteurs financés par l'Assurance maladie connaissent une rentabilité manifestement excessive. C'est le cas notamment de la radiothérapie.

Afin de réduire ces phénomènes de rentes, cette mesure introduit la possibilité pour les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale d'habiliter le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, à défaut de conclusion d'un avenant conventionnel en ce sens, à procéder à des baisses de tarifs, lorsqu'est documentée une rentabilité manifestement excessive au sein d'un secteur financé par des rémunérations négociées dans le champ conventionnel. Ce mécanisme complètera la possibilité pour les ministres de la santé et de la sécurité sociale de baisser les tarifs hospitaliers par arrêté quand la rentabilité excessive d'une activité est documentée par les études de coûts réalisées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

Elle fait ensuite évoluer les modalités de fixation des tarifs des forfaits techniques en imagerie médicale, qui seront désormais déterminés par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sur la base des études nationales de coût des charges du secteur, afin de mieux tenir compte des gains de productivité réalisés sur les équipements matériels lourds d'imagerie médicale.

Enfin, elle vise à homogénéiser la rémunération des actes de radiothérapie en ville et à l'hôpital, sur la base d'une nomenclature renouvelée, tenant compte notamment des moyens techniques, matériels et humains déployés pour la prise en charge des patients.

Une première étape de convergence aura lieu dès le 15 janvier 2026 sur les tarifs de radiothérapie et à compter du 15 mars 2026 pour les tarifs de dialyse.

Article 25

Mieux réguler les dépenses dans le secteur des soins dentaires

Au premier alinéa de l'article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale, après les mots : « dans le champ de l'imagerie médicale, des transports sanitaires » sont ajoutés les mots : « , des soins dentaires », et après la référence : « L. 162-5, » est ajoutée la référence : « L. 162-9 ».

Exposé des motifs

La croissance des dépenses d'assurance maladie en ville (113,1 Md€ en 2025) a été très dynamique au cours des dernières années (+4% en moyenne par an hors covid depuis 2019).

Si certains secteurs comme la biologie, les produits de santé ou les transports sanitaires sont sujets à des mécanismes de régulation à travers des mécanismes dits prix / volume ou des protocoles sectoriels, d'autres champs de la dépense de soins de ville dont les honoraires des professionnels de santé ne sont pas concernés par les mécanismes de régulation permettant si nécessaire d'en ralentir la dynamique. C'est notamment le cas des soins dentaires, dont la dépense associée s'est élevée à 4,5 milliards d'euros en 2024.

L'article 41 de la LFSS pour 2025 a fourni un cadre légal aux protocoles sectoriels de maîtrise des dépenses d'assurance maladie dans le domaine de l'imagerie, de la biologie et des transports de patients. Le présent article vise à étendre l'article 41 au secteur des soins dentaires.

Obtenu par APMnews

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

I. - Le titre IV du livre VI du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'intitulé du chapitre 6 est remplacé par l'intitulé : « Dispositions applicables aux praticiens et auxiliaires conventionnés » ;

2° A l'article L. 646-1 :

a) Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les dispositions du présent chapitre sont applicables : » ;

b) Au 2°, les mots : « de la convention mentionnée au 1° et » sont supprimés et les mots : « l'absence de la convention mentionnée au 1° » sont remplacés les mots : « l'absence d'une telle convention » ;

3° L'article L. 646-2 est abrogé ;

4° Au sein du chapitre mentionné au 1°, il est créé une section 1 intitulée : « Régime maternité - décès », dans laquelle sont insérés les articles L. 646-3 et L. 646-4 ;

5° A l'article L. 646-3 :

a) Au premier alinéa, le mot : « contribution » est remplacé par le mot : « cotisation » et les mots « égal à 3,25 % » sont remplacés par les mots : « fixé par décret » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « et recouvrée dans les conditions prévues aux articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2 » sont supprimés ;

c) Au 1°, le mot : « et » est remplacé par le signe : « , » et sont ajoutés les mots : « et au 3° de l'article L. 861-3 » ;

d) au 2°, les mots : « et à l'exception » sont remplacés par les mots : « , des forfaits et suppléments versés au titre des soins de médecine d'urgence en application du 2° de l'article L. 162-22-8-2 et » ;

6° Le chapitre 5 du titre IV du livre VI devient la section 3 du chapitre 6 du même titre, intitulée : « Prestations complémentaires de vieillesse » et, en son sein les articles L. 645-1, L. 645-2, L. 645-2-1, L. 645-3, L. 645-4 et L. 645-5 deviennent respectivement les articles L. 646-5, L. 646-6, L. 646-7, L. 646-8, L. 646-9 et L. 646-10 ;

7° Aux articles L. 646-6, L. 646-8 et L. 646-9 tels qu'ils résultent du 6°, la référence : « L. 645-1 » est remplacée par la référence : « L. 646-5 » et aux articles L. 646-7 et L. 646-8, la référence : « L. 645-2 » est remplacée par la référence : « L. 646-6 » ;

II. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux cotisations dues au titre des périodes courant à compter du 1er janvier 2026.

Exposé des motifs

Les dépassements d'honoraires des professionnels de santé ont augmenté de manière très dynamique au cours des cinq dernières années, comme en témoigne le dernier rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Cette augmentation des dépassements d'honoraires des professionnels de santé autorisés à les pratiquer (secteur 2 ou professionnels non conventionnés avec l'assurance maladie) contribue à limiter l'accès aux soins.

Dans ce contexte, l'article vise à renforcer l'incitation des professionnels à exercer une activité conventionnée en assujettissant les revenus tirés de l'activité non-conventionnée à une surcotisation et en permettant de réévaluer son montant par voie réglementaire.

Article 27

Favoriser l'efficacité, la pertinence et la qualité des activités des établissements de santé

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 162-23-13, sont ajoutés deux articles ainsi rédigés :

« Art. L. 162-23-14. – Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22 sont intéressés financièrement à l'efficacité et à la pertinence des soins qu'ils délivrent ou des prescriptions des professionnels de santé exerçant en leur sein.

« En fonction des résultats obtenus par les établissements au regard des objectifs fixés au niveau national ou régional, qui peuvent être exprimés en volume ou en évolution et qui sont mesurés à partir d'indicateurs relatifs à l'efficacité et à la pertinence des soins et des prescriptions, le directeur général de l'Agence régionale de santé peut leur :

« a) Attribuer une dotation complémentaire calculée en fonction des économies constatées sur les dépenses d'assurance maladie ;

« b) Appliquer une pénalité financière via la minoration des financements de l'assurance maladie auxquels ils sont éligibles, pour un montant ne pouvant excéder 2% du total de ces financements.

« Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent article, notamment les catégories d'objectifs qui relèvent du niveau national et celles qui relèvent du niveau régional, les modalités selon lesquelles le directeur de l'agence régionale de santé arrête les objectifs régionaux, ainsi que, selon les catégories d'objectifs, les modalités de détermination et de mise en œuvre de la dotation complémentaire et de la pénalité susmentionnées.

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dresse la liste des objectifs nationaux et régionaux et celle des indicateurs permettant de mesurer les résultats des établissements, ainsi que le dispositif d'incitation applicable à chacun de ces objectifs.

« Art. L. 162-23-14-1. – Si le directeur général de l'agence régionale de santé constate que les pratiques d'un établissement présentent un écart significatif, supérieur en nombre ou en évolution, d'actes, de prestations ou de prescriptions par rapport aux moyennes régionales ou nationales, il peut fixer à cet établissement, après avis de l'organisme local d'assurance maladie,

un volume ou une évolution d'actes, de prestations ou de prescriptions annuel cible attendu sur une période donnée.

« A l'issue de la période susmentionnée si l'établissement réalise toujours un volume d'actes, de prescriptions ou de prestations supérieur au volume annuel cible fixé, ou si leur évolution n'est pas conforme à l'évolution attendue, le directeur général de l'agence régionale de santé peut, en tenant compte des caractéristiques du territoire mentionné à l'article L. 1434-9 du code de la santé publique et de l'établissement et après que celui-ci a été mis en mesure de présenter ses observations, lui infliger la pénalité financière mentionnée à l'article L. 162-23-14.

« La décision du directeur général de l'agence régionale de santé est prise après avis de l'organisme local d'assurance maladie et de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie prévue à l'article L. 1432-4 du code de la santé publique.

« Les modalités d'application de cet article, sont précisées par décret en Conseil d'Etat. » ;

2° L'article L. 162-23-15 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 162-23-15.* – Les établissements de santé exerçant les activités mentionnées aux 1°, 2° et 4° de l'article L. 162-22 peuvent être incités financièrement à la qualité et la sécurité des soins.

« En fonction des résultats obtenus, évalués à l'aide d'indicateurs relatifs à la qualité et la sécurité des soins, le directeur général de l'Agence régionale de santé peut leur attribuer une dotation complémentaire.

« Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités de détermination et de mise en œuvre de la dotation complémentaire ainsi que les catégories des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins recueillis par chaque établissement.

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dresse la liste des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins et leurs modalités d'évaluation. » ;

3° Les articles L. 162-30-2, L. 162-30-3 et L. 162-30-4 sont abrogés.

II. – Le présent article entre en vigueur au 1^{er} janvier 2026, à l'exception de l'abrogation de l'article L. 162-30-2 du code de la sécurité sociale, qui entre en vigueur au 1^{er} janvier 2027.

Exposé des motifs

Dans un contexte budgétaire contraint, il est impératif de s'assurer de l'efficacité des financements et de la pertinence des actes et des soins délivrés par les établissements de santé, tout en garantissant la qualité et la sécurité des soins prodigués. Au-delà de l'impact premier du juste soin sur les patients, qui doit rester la priorité, c'est en avançant vers plus d'efficacité et de pertinence que des marges pour desserrer la contrainte globale qui pèse sur le système pourront être dégagées.

La présente mesure vise donc à renforcer l'incitation à l'efficacité, la pertinence, la qualité et la sécurité des soins, en simplifiant les dispositifs existants et en renforçant le levier d'incitation financière pour que les établissements de santé et les hôpitaux d'instruction des armées (HIA)

soient pleinement accompagnés dans cette démarche dans une logique de responsabilité et de bénéfice partagé. En effet, certaines dépenses de santé relevant des pratiques hospitalières sont particulièrement dynamiques (c'est le cas notamment des prescriptions hospitalières exécutées en ville-PHEV) et nécessitent une responsabilisation de l'ensemble des établissements de santé et des HIA dès lors qu'elles ne sont pas corrélées à un même dynamisme en termes de besoin de santé.

Ainsi au-delà de la simplification du dispositif d'incitation à la qualité, recentré sur son volet valorisation, il est créé un mécanisme global d'incitation à l'efficacité et à la pertinence qui pourra, selon les cas, prendre la forme d'un intéressement des établissements et HIA aux gains dégagés par leurs actions ou de pénalité financière. Cette mesure vise à responsabiliser les acteurs en liant une part de leur financement aux résultats obtenus, sur la base d'indicateurs de pertinence et d'efficacité des soins, des actes et des prescriptions. Au-delà des critères qui s'appliqueront de manière transversale à tous les établissements et aux HIA, les contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins qui permettent d'intéresser spécifiquement les établissements qui s'écartent le plus de la moyenne sont remplacés par un dispositif plus souple permettant de pénaliser les établissements dont les pratiques sont les moins pertinentes.

Article 28

Limiter la durée de prescription des arrêts de travail pour maladie, la durée d'indemnisation des arrêts de travail en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle et supprimer l'obligation de visite de reprise pour un retour de congé maternité

I. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° Au 2° de l'article L. 752-3, après les mots : « la période d'incapacité temporaire de travail » sont ajoutés les mots : « qui n'excède pas une durée fixée par décret, calculée de date à date » ;

2° A l'article L. 752-5 :

a) Au premier alinéa, après les mots : « la période d'incapacité temporaire de travail » sont ajoutés les mots : « qui n'excède pas une durée fixée par décret, calculée de date à date » ;

b) Le cinquième alinéa est ainsi modifié :

- le mot « toute » est supprimé, les mots « qui précèdent » sont remplacés par les mots « jusqu'à », et les mots : « ou le décès » sont remplacés par les mots : « , soit le décès ou l'expiration de la durée maximale mentionnée au 2° de l'article L. 752-3 à l'issue de laquelle l'incapacité est réputée permanente »

- il est complété par une phrase ainsi rédigée : « Dans le cas d'interruption suivie de reprise de travail, la période court à nouveau dès l'instant où la reprise du travail a été au moins d'une durée minimale fixée par décret ».

II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 1° de l'article L. 162-4-1 :

a) Après les mots : « à l'article L. 321-1 » sont insérés les mots : « ou à l'article L. 732-4 du code rural et de la pêche maritime ou à l'article L. 781-21 du même code » ;

b) Après les mots : « les éléments d'ordre médical » sont ajoutés les mots : « et les motifs » et après les mots : « justifiant l'interruption de travail » sont ajoutés les mots : « ainsi que sa durée, qui ne peut excéder un plafond fixé par décret en Conseil d'Etat » ;

c) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé : « Ils peuvent déroger au plafond prévu au deuxième alinéa lorsqu'ils justifient, sur la prescription, de la nécessité d'une durée plus longue au regard de la situation du patient et en considération, lorsqu'elles existent, des recommandations établies par la Haute Autorité de Santé. »

2° A l'article L. 162-4-4 :

a) Les mots « ou par la sage-femme » sont remplacés par les mots : « , par la sage-femme ou le chirurgien-dentiste » ;

b) Après le deuxième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés : « La prolongation ne peut excéder un plafond fixé par décret en Conseil d'Etat.

Le médecin prescripteur de l'arrêt initial, le médecin traitant, la sage-femme ou le chirurgien-dentiste peut déroger au plafond prévu au précédent alinéa lorsqu'il justifie, sur la prescription, de la nécessité d'une durée plus longue au regard de la situation du patient et en considération, lorsqu'elles existent, des recommandations établies par la Haute Autorité de Santé. »

2° A l'article L. 321-1, les mots : « par la sage-femme dans la limite de sa compétence professionnelle » sont remplacés par les mots : « par la sage-femme et le chirurgien-dentiste dans la limite de leurs compétences professionnelles » ;

3° A l'article L. 433-1 du code de la sécurité sociale :

a) Au deuxième alinéa, après les mots : « la caisse primaire, », sont insérés les mots : « pendant une période d'une durée maximale fixée par décret, calculée de date à date. Cette durée court », et les mots « , pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure ou le décès ainsi que dans le cas de rechute ou d'aggravation prévu à l'article L. 443-2. » sont remplacés par les mots : « . Dans le cas d'interruption suivie de reprise de travail, elle court à nouveau dès l'instant où la reprise du travail a été au moins d'une durée minimale fixée par décret. » ;

b) Après le deuxième alinéa, est inséré un alinéa ainsi rédigé : « L'indemnité journalière est payée pendant la période d'incapacité temporaire de travail jusqu'à soit la guérison complète, soit la consolidation de la blessure, soit le décès ou l'expiration de la durée maximale mentionnée au deuxième alinéa à l'issue de laquelle l'incapacité est réputée permanente, ainsi que dans le cas de rechute ou d'aggravation prévu à l'article L. 443-2. » ;

c) A la fin du troisième alinéa, sont insérés les mots : « La durée maximale mentionnée au deuxième alinéa n'est pas applicable pour le versement de cette indemnité ».

III. – L'article L. 4624-2-3 du code du travail est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 4624-2-3. Le travailleur bénéficie d'un examen de reprise par un médecin du travail dans un délai déterminé par décret après :

1° une absence au travail justifiée par une incapacité résultant de maladie ou d'accident et répondant à des conditions fixées par décret ;

2° un congé de maternité, si le travailleur ou l'employeur le demande ».

IV. – L'article 20-4 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, la référence « L. 162-4-1 » est supprimée ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« L'article L. 162-4-4 est applicable à Mayotte à l'exception des mots : « qui ne peut excéder une durée fixée par décret en Conseil d'Etat. » et du cinquième alinéa.

V. – A l'article 12-4 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales, le mot « quatrième » est remplacé par « cinquième ».

VI. – Les dispositions prévues au 1° et au b du 2° du II entrent en vigueur le 1^{er} septembre 2026. Les dispositions prévues au I et au 3° du II s'appliquent aux victimes dont le sinistre est intervenu à compter du 1^{er} janvier 2027.

Exposé des motifs

Selon le rapport *Charges et produits de l'assurance maladie* au titre de l'année 2026, le montant total des indemnités journalières maladie (hors indemnités journalières dérogatoires liées au Covid-19) a connu une hausse de 28,9 % entre 2010 et 2019, puis de 27,9 % entre 2019 et 2023. Cette évolution traduit une accélération notable, avec une croissance annuelle moyenne passée de 2,9 % durant la première période à 6,3 % durant la seconde, soit un écart de 3,5 points. Compte tenu d'une hausse des indemnités moyennes, la dépense consacrée à l'indemnisation des arrêts maladie des salariés du privé et des contractuels de la fonction publique atteint 11,3 milliards d'euros en 2024.

La croissance des dépenses d'indemnités journalières s'explique par des facteurs démographiques et économiques mais également par une hausse du taux de recours. Les facteurs économiques et démographiques participent pour un peu moins de 60 % de cette hausse (augmentation du salaire moyen ou du salaire minimum interprofessionnel de croissance et vieillissement de la population sur le marché du travail notamment). La hausse de la sinistralité participe à près de 40 %, avec notamment une évolution du taux de recours (34 %) et une augmentation de la durée des arrêts (5 %), dont les sous-jacents restent à identifier précisément.

Les durées de prescriptions sont parfois inadaptées à un suivi médical régulier des assurés en arrêt maladie. Aucune durée maximale d'arrêt maladie n'est aujourd'hui prévue, malgré

l'existence de fiches repères, publiées par l'Assurance maladie après avis de la HAS, qui mentionnent les durées indicatives d'arrêts de travail. On constate toutefois que de nombreuses prescriptions d'arrêts initiales dépassent les durées de référence recommandées. Or, les prescriptions initiales longues sont parfois incompatibles avec un suivi médical rapproché de certaines pathologies. Le système actuel apparaît inadapté tant au regard de l'enjeu de maîtrise des dépenses que de suivi médical des assurés en arrêt. Dans ce contexte, la présente mesure propose de réguler les possibilités de prescription des arrêts de travail par les professionnels de santé, pour limiter par principe la primo-prescription à 15 jours en ville et 30 jours à l'hôpital. Elle précise également que les motifs de l'arrêt doivent figurer sur l'avis d'arrêt de travail, à des fins de contrôle par l'assurance maladie.

Par ailleurs, le versement des indemnités journalières en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle (AT-MP) n'est pas limité dans le temps, contrairement au versement de celles versées en assurance maladie. Il est d'ailleurs constaté un allongement de la durée des arrêts de travail liés à un AT-MP (au régime général la durée moyenne s'établit désormais à 163 jours en 2024 contre 158 en 2023, au régime agricole pour les salariés cette durée est passée de 155 jours en 2014 à 196 jours en 2024 et pour les non-salariés elle est passée de 96 jours indemnisés en 2014 à 122 jours en 2024).

En outre, les contrôles menés par la CNAM sur les arrêts les plus longs conduisent dans la majeure partie des cas à une décision de consolidation, mettant fin au versement des indemnités AT-MP et au déclenchement d'une indemnisation au titre de l'incapacité permanente qui vise à prendre en compte les séquelles lorsqu'elles sont devenues définitives. Aussi, est-il proposé, à l'instar de la règle prévoyant une bascule entre indemnités journalières en cas d'AT-MP et pension d'invalidité, de limiter la période d'indemnisation de l'incapacité temporaire des victimes d'AT-MP pour un même sinistre à quatre ans. Après l'expiration d'une période déterminée par décret, ces victimes basculeront en incapacité permanente et bénéficieront ainsi d'une réglementation plus adaptée à leur situation.

Enfin, un examen de reprise du travail réalisé par le médecin du travail est obligatoire dans certaines situations. Or, les services de prévention et de santé au travail, confrontés à une pénurie médicale, rencontrent des difficultés pour respecter le délai réglementaire de 8 jours pour organiser l'examen de reprise, ce qui peut amener le salarié à faire prolonger son arrêt de travail dans l'attente de la visite. La présente mesure propose de ne plus rendre obligatoire cet examen après un congé de maternité pour favoriser une reprise rapide du travail et ce faisant, limiter le nombre de ces examens et favoriser la diminution des indemnités journalières enclenchées à compter de la fin du congé maternité et jusqu'à l'obtention de la visite.

Ces mesures, qui visent à freiner la croissance de la dépense d'indemnités journalières, viennent en complément de l'action de l'Assurance maladie en matière de lutte contre la fraude aux arrêts de travail. En la matière, les leviers ont été largement renforcés, à chacune des étapes du processus de contrôle et de lutte contre la fraude. L'accent a notamment été mis sur la sécurisation et l'encadrement des prescriptions d'arrêt de travail (mise en place du CERFA sécurisé pour la délivrance des arrêts de travail sur format papier, renforcement de la procédure de mise sous objectif pour les professionnels de santé) ainsi que sur le renforcement des sanctions en cas de fraude aux arrêts de travail avérée, à la suite de contrôles diligentés par l'employeur par exemple. Certains dispositifs récents devraient commencer à ne délivrer pleinement leurs effets qu'en cours d'année 2025 et d'autres pourront encore être renforcés dans le cadre du projet de loi visant à lutter contre la fraude ou par voie réglementaire.

Obtenu par APMnews

Article 29

Limiter la durée d'indemnisation des arrêts de travail des assurés ne relevant pas du dispositif de l'affection longue durée

I. – L'article L. 323-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 1°, les mots : « donnant lieu à l'application de la procédure prévue à l'article L. 324-1 » sont remplacés par les mots : « visées aux 3° et 4° de l'article L. 160-14 » ;

2° Au 2° les mots : « mentionnées à l'article L. 324-1 » sont remplacés par les mots : « visées aux 3° et 4° de l'article L. 160-14 ».

II. – Les dispositions du I s'appliquent aux arrêts de travail prescrits ou renouvelés à compter du 1^{er} janvier 2026, à l'exception de ceux relatifs à des assurés qui, en raison d'une affection ayant donné lieu à une interruption de travail ou des soins continus supérieurs à une durée déterminée, bénéficient au 31 décembre 2025 des modalités de calcul et de service des indemnités journalières dans les conditions prévues au 1° de l'article L. 323-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure au présent article. Ces assurés continuent à bénéficier de ces modalités jusqu'à épuisement des droits qui leur ont été ouverts dans ces conditions.

Exposé des motifs

Dans son rapport *Charges et produits 2026*, la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) explique une partie de la dynamique d'augmentation des arrêts de travail longs par ceux dont bénéficient les assurés sous le régime d'affection longue durée (ALD) « non exonérante ».

Les principales pathologies concernées par une ALD « non exonérante » sont la dépression légère (33%) et les troubles musculosquelettiques (32%). Les assurés bénéficiant du régime d'ALD « non exonérante », qui sont remboursés selon le droit commun (non ALD) pour leur consommation de soins et de biens médicaux, bénéficient de règles de prise en charge dérogatoires par rapport au droit commun : ils bénéficient d'un compteur de 1 095 jours d'indemnités journalières sur 3 ans comme les personnes en ALD (contre 360 jours sur 3 ans pour le droit commun), ainsi que du droit à la levée du délai de carence à compter du 2^{ème} arrêt de travail lié à la pathologie ayant déclenché le compteur ALD « non exonérante ».

Les dépenses d'indemnités journalières liées à des ALD « non exonérantes » représentent, en 2023 selon la CNAM, trois fois celles des personnes en ALD : 3,17 milliards d'euros pour 401 000 arrêts. Le nombre d'arrêts concernés augmente chaque année de plus de 6,4% alors que ceux des ALD n'ont augmenté que de 0,9% par an. En outre, les indemnités journalières à destination des salariés en arrêt maladie représentent plus de 10,3% de l'ensemble des dépenses de soins de ville de l'ONDAM (rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale - maladie 2025). Les arrêts de plus de 30 jours représentent 25% des arrêts mais 82% de la dépense.

Dans un contexte de fort dynamisme des dépenses d'indemnités journalières, afin de limiter la croissance de ces dépenses, il est proposé de supprimer les règles dérogatoires en matière d'indemnités journalières aujourd'hui permises par le régime d'ALD dites « non exonérantes » en précisant les règles applicables en matière de compteurs d'indemnités journalières. Ainsi, les assurés atteints d'une affection qui nécessite une interruption de travail d'au moins six mois, mais qui n'est pas reconnue comme une ALD exonérante, se verront appliquer les règles de droit commun en matière d'indemnités journalières. Cette réforme permettrait ainsi de mieux maîtriser

la durée des indemnités journalières, dans un objectif de maîtrise des dépenses publiques mais aussi de prévention de la désinsertion professionnelle, en recentrant les arrêts longs sur les situations aiguës et en rapprochant les critères d'éligibilité au régime des arrêts longs des critères médicaux caractérisant un recours important au système de soins.

Article 30

Favoriser le recours aux outils numériques d'aide à la prescription et à la décision médicale de dernière génération

Après l'article L. 162-1-24 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-1-25 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-1-25.* – Dans le cadre d'une stratégie définie par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, un logiciel d'aide à la prescription médicale, qu'il soit ou non certifié en application de l'article L. 161-38, peut faire l'objet d'un financement aux termes d'une convention conclue entre le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et son exploitant dès lors que :

« 1° Il bénéficie d'un marquage « CE » ;

« 2° Il est certifié dans les conditions prévues aux articles L. 1470-5 et L. 1470-6 du code de la santé publique ;

« 3° Il ressort des évaluations disponibles et compte tenu des éventuels comparateurs pertinents qu'il participe à l'amélioration de la pertinence des prescriptions, des actes et des soins réalisés par les professionnels de santé permettant d'atteindre des objectifs fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Le montant de ce financement est lié aux économies en matière de dépenses d'assurance maladie réalisées par le recours à ce logiciel.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article, notamment la procédure de sélection des exploitants et les modalités du financement. »

Exposé des motifs

De plus en plus de services numériques innovants permettent de renforcer l'efficacité de la décision médicale et des prescriptions. Ces services, souvent intégrés aux logiciels des professionnels de santé, s'appuient sur les recommandations scientifiques et l'intelligence artificielle pour proposer aux professionnels de santé des recommandations de prescription.

Notre système de sécurité sociale ne permet pas aujourd'hui d'accompagner le déploiement de ces services alors qu'ils permettent de maximiser les gains d'efficacité pour le système de santé, d'améliorer le confort décisionnel et de libérer du temps médical pour les prescripteurs. Il est ainsi proposé de mettre en place une modalité innovante de prise en charge d'une catégorie de logiciels d'aide à la prescription qui sont des systèmes d'aide à la décision médicale (SADM).

Cette modalité de prise en charge par l'Assurance Maladie permet d'intéresser les exploitants de ces SADM aux économies générées par leur utilisation par les professionnels. Le

périmètre de ce dispositif d'intéressement correspondra à des priorités en matière de pertinence et de qualité des soins définies par arrêté et fondées notamment sur les quinze programmes d'actions chiffrés sur la pertinence et la qualité des soins que les représentants des médecins et l'Assurance maladie ont inscrit dans la dernière convention médicale.

Article 31

Rendre obligatoires l'alimentation du Dossier Médical Partagé et sa consultation dans certains cas

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

1° Après le premier alinéa de l'article L. 1111-15, un alinéa est ajouté :

« Tout établissement, service ou organisme, ou tout autre personne morale assurant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins doit mettre en place les mesures matérielles, organisationnelles et d'information des professionnels exerçant en son sein, définies par décret en Conseil d'Etat, permettant le respect par ces derniers des obligations de report dans le dossier médical partagé prévues au premier alinéa. »

2° Après l'article L. 1111-15, sont ajoutés les trois articles suivants :

« *Art. L. 1111-15-1.* – En cas de manquement aux obligations de reporter des éléments dans le dossier médical partagé fixées au premier alinéa de l'article L. 1111-15, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie compétent peut, sur la base des éléments constatés par l'organisme visé à l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale, au regard des seuils de report définis par activité par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, prononcer à l'encontre du professionnel de santé, après l'avoir mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière.

« Le montant maximal de la pénalité à l'encontre des professionnels de santé est fixé à 2 500 euros par manquement constaté, sans pouvoir excéder 10 000 euros par année.

« Le montant de la pénalité est fixée en fonction de la gravité du manquement et du nombre de manquements déjà constatés durant une période déterminée imputables au même auteur. »

« *Art. L. 1111-15-2.* – En cas de manquement à l'obligation de mettre en place les mesures visées au deuxième alinéa de l'article L. 1111-15, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie compétent peut prononcer à l'encontre d'un établissement, service, organisme ou autre personne morale, après l'avoir mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière.

« Le montant maximal de la pénalité à l'encontre d'un établissement, service, organisme ou autre personne morale est fixé à 25 000 euros par manquement constaté, sans pouvoir excéder 100 000 euros par année. Il est calculé en fonction du volume d'activité.

« Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement et du nombre de manquements déjà constatés durant une période déterminée imputables au même auteur. »

« *Art. L. 1111-15-3.* – Les pénalités mentionnées aux articles L. 1111-15-1 et L. 1111-15-2 sont recouvrées par l'organisme local d'assurance maladie compétent. Les huitième et avant-

dernier alinéa du I de l'article L. 114-17-2 du code de la sécurité sociale sont applicables au recouvrement des pénalités. Leur produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. La décision prononçant cette pénalité peut être contestée devant le tribunal judiciaire spécialement désigné en application de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire. »

3° « Les modalités d'application des articles L 1111-15-1 à L 1111-15-3 sont définies par décret en Conseil d'Etat, notamment la nature des informations et les durées prises en compte, les règles et délais de procédure et les modes de calcul des pénalités financières. »

II. – Le code de la sécurité sociale (partie législative) est ainsi modifié :

1° A l'article L. 162-1-7-1 :

a) Au premier alinéa, après les mots : « de toute autre donnée médicale, » les mots : « que celui-ci a préalablement consulté le dossier médical partagé du patient ou » sont supprimés ;

b) Au deuxième alinéa, après les mots : « permettant de vérifier », les mots : « s'il a préalablement consulté le dossier médical partagé du patient ou » sont supprimés ;

c) Au troisième alinéa, après les mots : « ce document indique », les mots : « que le prescripteur n'a pas consulté préalablement le dossier médical partagé du patient ou » sont supprimés.

2° Après l'article L. 162-1-7-5, est ajouté un article L. 162-1-7-6 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-1-7-6. – Dans le respect des conditions d'accès définies aux articles L. 1111-16 à L. 1111-18 du code de la santé publique, le prescripteur consulte le dossier médical partagé du patient en amont de la prescription d'un produit de santé et de ses prestations associées, d'un acte inscrit sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 ou d'un transport de patient, lorsqu'ils sont particulièrement coûteux pour l'assurance maladie ou en cas de risque de mésusage. La liste des actes ou produits coûteux concernés est définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie compétent peut, sur la base des éléments constatés par l'organisme visé à l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale, prononcer à l'encontre d'un professionnel de santé, après l'avoir mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière en cas de manquement à l'obligation de consulter le dossier médical partagé dans les cas mentionnés au premier alinéa.

« Le montant maximal de la pénalité à l'encontre des professionnels de santé est fixé à 2 500 euros par manquement constaté, sans pouvoir excéder 10 000 euros par année.

« La pénalité est recouvrée par l'organisme local d'assurance maladie compétent. Les huitième et avant-dernier alinéa du I de l'article L. 114-17-2 du code de la sécurité sociale sont applicables au recouvrement de cette pénalité. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. La décision prononçant cette pénalité peut être contestée devant le tribunal judiciaire spécialement désigné en application de l'article L. 211-16 du code de l'organisation judiciaire.

« Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat, notamment la nature des informations et les durées prises en compte, les règles et délais de procédure et les modes de calcul de la pénalité financière. »

III. – Au premier alinéa de l'article 20-5-6 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, après la référence « L. 162-1-7 » est ajoutée la référence « L. 162-1-7-6 ».

IV – Le I du présent article entre en vigueur dans des conditions et à une date fixée par décret en Conseil d'Etat, et au plus tard le 1er mars 2027.

Les 2° du II et le III du présent article entrent en vigueur dans des conditions et à une date fixée par décret en Conseil d'Etat, et au plus tard le 1^{er} juillet 2027.

Exposé des motifs

L'alimentation systématique de « Mon espace santé » (Dossier Médical partagé - DMP) permet aux patients d'avoir accès à leurs données et documents médicaux dans ce DMP ouvert à chacun des assurés français depuis janvier 2022.

Elle permet de faire gagner du temps aux professionnels qui n'ont plus à rechercher les données de leurs patients et contribue à la bonne coordination des soins, notamment entre la ville et l'hôpital. Un profil « Mon espace santé » complet permet également aux professionnels d'éviter la prescription d'actes inutiles ou redondants (estimés entre 15% et 40% dans le secteur de l'imagerie par exemple).

L'article L. 1111-15 du code de la santé publique prévoit d'ores et déjà une obligation pour les professionnels de reporter certains documents dans le DMP des patients. Il s'agit aujourd'hui de renforcer cette obligation légale avec un régime de sanctions applicables en cas de non-respect pour augmenter l'alimentation et la consultation lors des parcours de soins. Ces sanctions concerneraient également les établissements, services ou organismes au sein desquels ces derniers exercent.

Par ailleurs, alors que la donnée de santé est de plus en plus abondante dans « Mon espace santé », sa consultation par les professionnels doit devenir une pratique systématique, notamment en amont d'actes coûteux. L'article 48 de la LFSS pour 2025 prévoit que le remboursement d'un acte coûteux peut être conditionné à la présentation d'un document prouvant que le prescripteur a consulté le dossier médical du patient préalablement à la prescription. Cette obligation de consultation de « Mon espace santé » est reprise dans un article dédié et complétée pour faciliter sa mise en œuvre opérationnelle en prévoyant la possibilité d'une pénalité financière en cas de manquement.

Article 32

Lutter contre le gaspillage des produits de santé

I. – A. – A titre expérimental, pour une durée maximale de trois ans à compter d'une date fixée par le décret mentionné au D, la nouvelle dispensation de certains médicaments non utilisés est, par dérogation aux dispositions des articles L. 4211-2 et L. 4212-7 du code de la santé publique, autorisée dans les conditions prévues au présent I.

Seuls les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du même code désignés par arrêté du ministre chargé de la santé peuvent participer à cette expérimentation.

B. – Les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé désignés en application du A assurent un conditionnement ainsi que des contrôles adaptés aux médicaments collectés aux fins de nouvelle dispensation, conformément aux bonnes pratiques prévues à l'article L. 5121-5 du code de la santé publique et aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière dont les principes sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.

La nouvelle dispensation d'un médicament non utilisé ne peut intervenir qu'après que les patients recevant initialement le traitement concerné ont été préalablement informés des modalités de cette nouvelle dispensation et sous réserve qu'ils ne s'y soient pas expressément opposés.

C. – Au plus tard six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport d'évaluation de l'expérimentation afin, notamment, de déterminer l'opportunité et, le cas échéant, les conditions de sa pérennisation et de son extension.

D. – Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent I, notamment :

1° Les médicaments figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 5126-6 du code de la santé publique pouvant être dispensés une nouvelle fois ;

2° Les conditions de leur conditionnement, de leur collecte et de leur nouvelle dispensation ;

3° Les modalités d'information et d'opposition des patients ;

4° Les obligations en matière de sécurité et de contrôle de ces médicaments applicables dans le cadre de leur nouvelle dispensation ;

5° La méthodologie de l'expérimentation, ses objectifs et les modalités de sa conduite et de la rédaction du rapport mentionné au C.

II. – L'article L. 3212 2 du code général de la propriété des personnes publiques est complété par un 12° ainsi rédigé :

« 12° Les cessions de produits nécessaires à la protection de la population face aux menaces sanitaires graves acquies par l'établissement public mentionné à l'article L. 1413 1 du code de la santé publique à la demande du ministre chargé de la santé en application de l'article L. 1413-4 du même code, dont la valeur unitaire n'excède pas un seuil fixé par décret, à des établissements publics de santé ou médico-sociaux, à des établissements publics de l'Etat, à des collectivités territoriales, à leurs groupements et à leurs établissements publics ou à des catégories d'organismes ou de structures chargés d'une mission de service public et figurant sur une liste fixée par décret. Le cessionnaire ne peut procéder à la cession à titre onéreux des biens ainsi alloués, à peine d'être exclu du bénéfice des présentes mesures. »

III. – A l'article L. 1413-4 du code de la santé publique, après les mots : « leur renouvellement » sont insérés les mots : « , leur cession dans les conditions prévues au 12° de l'article L. 3212-2 du code général de la propriété des personnes publiques ».

Exposé des motifs

Les produits de santé représentant 16 % de l'objectif de dépenses d'assurance maladie en 2025 et la moitié des émissions de gaz à effet de serre du secteur de la santé, leur gaspillage revêt donc un intérêt économique et écologique majeurs.

Pour réduire ce gaspillage, qui s'élèverait à titre d'illustration, pour l'exercice en ville, entre 7 500 et 8 500 tonnes de médicaments non utilisées par an selon les estimations disponibles, le présent article propose de prévoir un cadre expérimental pour la collecte et la re-dispensation de médicaments non utilisés en établissement de santé, dans le respect de règles strictes de sécurité et de traçabilité. Dans la même optique, il propose d'autoriser des cessions à titre gratuit à partir du stock sanitaire d'Etat, hors situation de crise, à des entités publiques, ce qui permet de réaliser des économies pour les entités publiques bénéficiaires, notamment les établissements de santé, afin de leur permettre de protéger leurs agents et à utiliser au mieux ces dispositifs en évitant la destruction des produits non utilisés, engendrant ainsi également un gain environnemental.

Article 33

Améliorer la pénétration des biosimilaires et des génériques en ville

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

A. – Au dernier alinéa du III :

1° Après le mot : « génériques » sont insérés les mots : « et hybrides » ;

2° Les mots : « de deux ans » sont remplacés par les mots : « d'un an » ;

3° Après le mot : « générique » sont insérés les mots : « ou hybride ».

B. – Le V est remplacé par les dispositions suivantes :

« V. – La base de remboursement des frais exposés par l'assuré au titre d'une spécialité appartenant à un groupe biologique similaire mentionné au *b* du 15° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique et figurant sur la liste mentionnée au premier alinéa du 2° de l'article L. 5125-23-2 du même code, délivrée par le pharmacien d'officine, ou d'une pharmacie à usage intérieur en application du 1° de l'article L. 5126-6 dudit code, est limitée à la base de remboursement la plus chère en vigueur pour les médicaments biologiques similaires appartenant au groupe biologique similaire concerné, lorsque le pharmacien délivre un médicament biologique :

« 1° Sur présentation d'une prescription libellée en dénomination commune qui peut être respectée par la délivrance d'une spécialité figurant au sein d'un groupe biologique similaire mentionné à l'article L. 5121-1 du même code ;

« 2° Ou pour laquelle la spécialité prescrite ou délivrée appartient à un groupe biologique similaire.

« Le pharmacien délivre pour la spécialité concernée le conditionnement le moins coûteux pour l'assurance maladie.

« Le pharmacien propose au patient, le cas échéant par substitution, une spécialité dont la base de remboursement n'excède pas la plus chère en vigueur pour les médicaments biologiques similaires appartenant au groupe biologique similaire concerné.

« Pour l'application du présent V, seules les spécialités inscrites sur l'une des listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du présent code sont prises en compte.

« Pour les groupes biologiques similaires, la limitation de la base de remboursement mentionnée au présent V s'applique à compter de deux ans suivant la publication au Journal officiel de la République française ou, le cas échéant, au Bulletin officiel des produits de santé, du prix du premier médicament biologique similaire du groupe.

« Le présent V n'est pas applicable lorsque le prescripteur a exclu sur justification médicale la possibilité de substitution conformément au 4° de l'article L. 5125-23-2 du code de la santé publique. »

II. – L'article L. 162-16-7 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

A. – A la première phrase :

1° Les mots : « appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « appartenant soit à un groupe générique ou un groupe hybride tels que définis à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, soit à un groupe biologique similaire tel que défini au même article et figurant sur la liste mentionnée au premier alinéa du 2° de l'article L. 5125-23-2 du même code » ;

2° Le mot : « derniers » est remplacé par les mots : « assurés ou bénéficiaires » ;

3° Après les mots : « la délivrance d'un médicament générique, », sont insérés les mots : « hybride ou biologique similaire, » ;

4° Les mots : « lorsqu'il existe des génériques commercialisés dans le groupe dont le prix est supérieur ou égal à celui du princeps » sont remplacés par les mots : «, lorsqu'il existe des médicaments génériques, hybrides ou biologiques similaires dans le groupe concerné dont le prix est supérieur ou égal, respectivement, à celui du princeps, de la spécialité de référence ou du médicament biologique de référence ».

B. – A la deuxième phrase, les mots : « à l'article L. 5125-23 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 5125-23 et L. 5125-23-2 ».

III. – Au deuxième alinéa de l'article L. 5121-1-2 du code de la santé publique, les références : « , 14°, 15° » sont supprimées.

IV – A l'article 20-4 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte, après la référence : « L. 162-16-1 » est insérée la référence : « , L. 162-16-7 ».

V. – A. - Le dernier alinéa du III de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du A du I du présent article, s'applique aux groupes génériques et hybrides dont le prix de la première spécialité générique ou hybride est publié au Journal officiel de la République française ou, le cas échéant, au Bulletin officiel des produits de santé, à compter du 1^{er} septembre 2026.

B. - Le V de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du B du I du présent article, s'applique aux groupes biologiques similaires dont le prix du premier médicament biologique similaire est publié au Journal officiel de la République française ou, le cas échéant, au Bulletin officiel des produits de santé, à compter du 1^{er} septembre 2026. Il s'applique à compter de la même date aux groupes biologiques similaires pour lesquels une telle publication est intervenue avant le 1^{er} septembre 2024. Pour les groupes biologiques similaires pour lesquels cette publication est intervenue entre le 1^{er} septembre 2024 et le 31 août 2026, le V de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du B du I du présent article, s'applique à compter de la date à laquelle la durée de deux ans mentionnée à l'avant-dernier alinéa du même B du I est échue.

C. – Les II à IV entrent en vigueur à compter du 1^{er} septembre 2026.

Exposé des motifs

Dans son rapport *Charges et Produits*, l'Assurance maladie souligne la forte augmentation des dépenses liées aux médicaments (plus de 27 Md€ en 2024), et de son taux de croissance annuel moyen qui s'élève à 4,6% entre 2022 et 2024 alors qu'il n'était que de 1,7% si l'on considère la période entre 2017 et 2024.

Les médicaments biologiques, c'est-à-dire les médicaments fabriqués par une cellule ou un organisme vivant, occupent une place croissante et désormais prépondérante dans l'arsenal thérapeutique. L'essor des premiers médicaments dits biologiques remonte aux années 80 et de nombreuses protections de brevet sont désormais échues, ce qui a permis l'arrivée sur le marché de médicaments dits biosimilaires. Cependant, à la différence des médicaments génériques qui sont largement prescrits et délivrés, les médicaments biosimilaires peinent à s'imposer sur le marché français, particulièrement en ville où leur taux de pénétration n'était que de 47 % en 2024 malgré les diverses mesures incitatives législatives, réglementaires, et conventionnelles mises en place ces dernières années.

Pour atteindre des niveaux de pénétration des médicaments biosimilaires, comparables aux objectifs fixés pour les médicaments génériques, c'est-à-dire supérieurs à 80 %, il est proposé d'instaurer un mécanisme de tiers payant contre biosimilaires et hybrides substituables, de supprimer l'obligation pour le prescripteur d'ajouter le nom de marque à côté de la dénomination commune internationale pour les médicaments biologiques similaires et de modifier les conditions de remboursement de médicament bioréférent si la non-substitution n'est pas justifiée. Il est également proposé d'accélérer l'entrée en vigueur du tarif de remboursement ajusté pour les spécialités appartenant à un groupe générique.

Article 34

Adapter les dispositifs d'accès précoces, d'accès compassionnels et d'accès direct

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

1°) A l'article L. 5121-12 :

a) Au I :

i) La première phrase est remplacée par les dispositions suivantes : « L'accès précoce permet l'utilisation, à titre exceptionnel et dans les conditions dérogatoires d'autorisation définies au présent article, de certains médicaments destinés à traiter des maladies graves, rares ou invalidantes, dans des indications précises et cliniquement pertinentes, lorsqu'ils satisfont aux critères suivants : » ;

ii) Le 2° est supprimé ;

iii) Au 3°, qui devient 2°, les mots : « L'efficacité et la sécurité de ces médicaments » sont remplacés par les mots : « Leur efficacité et leur sécurité » ;

iv) Le 4°, qui devient 3°, est remplacé par les dispositions suivantes : « Ils sont présumés innovants notamment au regard d'un comparateur cliniquement pertinent » ;

b) Au II :

i) A la première phrase, les mots « s'applique » sont remplacés par les mots : « peut être accordé » ;

ii) Au 1°, après les mots : « indication considérée » sont ajoutés les mots : « et que celle-ci n'a fait l'objet d'aucun avis favorable du comité des médicaments à usage humain de l'Agence européenne des médicaments » et après les mots : « une telle autorisation » sont ajoutés les mots : « puis, dans le mois suivant l'obtention de son autorisation de mise sur le marché, une demande d'inscription sur une de ces listes » ;

iii) Le 2° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 2° Soit à un médicament qui dispose d'une autorisation de mise sur le marché dans l'indication considérée et dont la demande d'inscription pour cette indication sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du présent code et au premier alinéa de l'article L.162-17 du code de la sécurité sociale n'a pas été accordée au vu des données disponibles, alors que la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 a rendu un avis qui :

« a) évalue dans l'indication considérée un niveau de service médical rendu au moins égal à un niveau fixé par décret ;

« b) estime que les données disponibles permettent de présumer l'existence d'une amélioration du service médical rendu ;

« c) estime que, malgré l'absence d'amélioration du service médical rendu démontrée au vu des données disponibles, la réalisation du plan de développement qui lui est soumis est de nature à fournir dans un délai maximal de trois ans les données nécessaires pour justifier l'inscription sur l'une des listes mentionnées plus haut. L'exploitant s'engage, dans ce cas, à déposer dans les trois ans une demande de réévaluation d'inscription sur l'une de ces listes. » ;

c) Le III est complété par les dispositions suivantes :

« Pour être recevable, la demande doit être accompagnée d'un engagement de l'exploitant :

« 1° d'assurer la continuité des traitements initiés pendant la période de l'accès précoce pendant une durée minimale de douze mois supplémentaires au terme de cette période, sauf si des raisons sérieuses relatives à la sécurité des patients s'y opposent ;

« 2° de fournir à titre gracieux la spécialité pendant les périodes mentionnées au deuxième et troisième alinéa du I de l'article L.162-16-5-1 et au I de l'article L.162-16-5-1-1, ainsi que pour assurer la continuité des traitements mentionnés au 1°. » ;

d) Au IV :

i) Après les mots : « L'autorisation d'accès précoce », sont ajoutés les mots : « , qui ne peut être accordée que si l'exploitant s'engage à déposer dans les trois ans une demande d'inscription sur l'une des listes mentionnées au 1° du II, » ;

ii) Les mots : « l'entreprise qui assure l'exploitation du médicament » sont remplacés par les mots : « cette entreprise » ;

e) Au 2° du VI, les mots : « l'engagement de déposer une demande d'autorisation de mise sur le marché ou d'inscription au remboursement souscrit, le cas échéant, en application des 1° ou 2° du II » sont remplacés par les mots : « l'un des engagements pris au titre du II, du III, ou du IV » ;

2° A l'article L. 5121-12-1 :

a) Au 1° du I, après les mots : « des fins commerciales », sont ajoutés les mots : « au niveau national ou international » ;

b) Au 2° du I, après les mots : « de traitement approprié », sont ajoutés les mots : « commercialisé en France » ;

c) Au deuxième alinéa du II, la dernière occurrence du mot : « à » est remplacée par les mots : « au 1° du II de » ;

d) Après le deuxième alinéa du II, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« L'absence de dépôt de demande d'autorisation d'accès précoce dans le délai précité ou le refus opposé à cette demande ne fait obstacle ni au maintien d'une autorisation d'accès compassionnel en cours de validité ni à son renouvellement pour tenir compte de la situation particulière d'un patient donné, pour une durée maximale prévue par décret.

« Le refus opposé à une demande d'autorisation d'accès précoce, dans une indication considérée, au seul motif qu'il n'est pas présumé innovant, ne fait pas obstacle à l'octroi d'une autorisation d'accès compassionnel délivrée dans les conditions prévues au premier alinéa du présent II dans cette indication. » ;

e) Après le premier alinéa du III, est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au 1° du même I, la mise en place d'une recherche impliquant la personne humaine à des fins commerciales dans une indication donnée ne fait obstacle ni au maintien d'un cadre de prescription compassionnelle établi au préalable dans cette même indication en cours de validité ni à son renouvellement pour des motifs de santé publique. » ;

f) A la première phrase du dernier alinéa du III, après les mots : « autorisation de mise sur le marché », sont insérés les mots : « et commercialisé sur le territoire national » ;

g) A la première et à la dernière phrase du premier alinéa du V, les mots : « suivi des patients » sont remplacés par les mots : « recueil de données » ;

h) Le VIII est remplacé par les dispositions suivantes :

« VIII. - En cas de retrait, de refus ou de non-renouvellement d'une autorisation de mise sur le marché dans une indication considérée, seule la poursuite du traitement pour un patient donné peut donner lieu à une autorisation d'accès compassionnel. » ;

3° Au deuxième alinéa de l'article L. 5123-2, après la première occurrence des mots : « une indication considérée, », sont insérés les mots : « du dispositif d'accès direct ou des continuités des traitements initiés à ce titre en application de l'article L. 162-16-5-1-2 du code de la sécurité sociale, » ;

4° A la première phrase du deuxième alinéa du 1° de l'article L. 5126-6, la première occurrence des mots : « font l'objet » est remplacée par les mots : « bénéficient du dispositif d'accès direct ou des continuités de traitement prévus à l'article L. 162-16-5-1-2 du code de la sécurité sociale ou » ;

II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 1° du A de l'article L. 133-4, après la mention de l'article L. 162-16-5-1, est insérée la mention de l'article L. 162-16-5-1-2 ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 138-13 dans sa version en vigueur au 1er janvier 2026, après le mot : « bénéficiant », sont ajoutés les mots : « d'un accès direct prévu à l'article L. 162-16-5-1-2 et de la prise en charge associée » ;

3° Au deuxième alinéa du I de l'article L. 138-15 dans sa version en vigueur au 1er janvier 2026, après la mention de l'article L. 162-16-5-1-1 est insérée la mention de l'article L. 162-16-5-1-2 ;

4° Au 6° du II de l'article L. 162-16-4, les mots : « européens présentant une taille totale de marché comparable » sont remplacés par les mots : « présentant des caractéristiques de marché comparables » ;

5° A l'article L. 162-16-5-1 est ainsi modifié :

a) Au I :

i) La mention : « L. 162-22-6 » est remplacée par la mention : « L. 162-22 » ;

ii) Il est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« La prise en charge par l'assurance maladie est limitée à douze mois à compter de la publication de l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique pour les médicaments ayant obtenu un accès précoce délivré au titre du 1° du II de l'article L.5121-12 du même code ou au titre de la réévaluation prévue au c) du 2° du II du même article. Au-delà, et tant que l'accès précoce est autorisé, l'exploitant fournit la spécialité à titre gracieux.

« Lorsque le médicament concerné a fait l'objet d'un avis de la commission de la Haute autorité de santé compétente au titre de sa mission d'évaluation économique rendu postérieurement à l'avis mentionné à l'alinéa précédent, la prise en charge est prolongée pour couvrir douze mois à compter de la publication de cet avis. » ;

b) Au B du II :

i) Au 3°, après les mots : « demande d'inscription », sont insérés les mots : « ou de réévaluation d'une inscription » ;

ii) Il est complété par un 4° ainsi rédigé :

« 4° Lorsque les données contenues dans le plan de développement mentionné au 2° du II de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ne sont pas transmises. » ;

c) Au III, après les mots : « relatif à l'inscription » sont insérés les mots : « ou le cas échéant à la réévaluation » ;

6°) L'article L. 162-16-5-1-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L.162-16-5-1-2. – I. – A. – L'accès direct permet, pour des motifs de santé publique et en anticipation d'une inscription sur l'une des listes mentionnées à l'article L. 162-17 du présent code et au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, de faire bénéficier les patients, dans les conditions prévues au présent article, de spécialités disposant, dans une ou plusieurs indications particulières, d'une autorisation de mise sur le marché et justifiant d'un niveau de service médical rendu et d'amélioration du service médical rendu au moins égaux à un niveau fixé par décret, à l'exception de celles qui bénéficieraient de l'accès précoce défini à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique.

« L'accès direct est accordé pour chaque indication considérée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour une durée ne pouvant excéder trois ans.

« B. – L'accès direct fait l'objet d'une demande déposée par l'exploitant auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale au plus tard un mois après la publication de l'avis rendu par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique sur la demande d'inscription sur l'une des listes mentionnées à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique dans la ou les indications considérées.

« Pour être recevable, la demande doit comporter :

« 1° Un engagement de l'exploitant d'assurer un approvisionnement approprié et continu du marché national, de manière à couvrir les besoins des patients en France, dans les conditions prévues au chapitre Ier quater du présent titre ;

« 2° Un engagement de l'exploitant d'assurer la continuité des traitements initiés pendant la période de l'accès direct définie par l'arrêté prévu au I et pendant une durée minimale de douze mois supplémentaires au terme de cette période, sauf si la spécialité, dans cette indication, fait l'objet d'un arrêt de commercialisation pour des raisons relatives à la sécurité des patients ;

« 3° Un engagement de l'exploitant de fournir à titre gracieux la spécialité après les douze mois de prise en charge par l'assurance maladie et pour tout le reste de la période prévue par l'arrêté, ainsi que pour les douze mois supplémentaires nécessaires pour assurer la continuité des traitements initiés.

« II. – Les spécialités pharmaceutiques bénéficiant, pour des indications particulières, d'un accès direct font l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie pendant douze mois à compter de la publication au Journal officiel de l'arrêté mentionné au A du I dans certains établissements de santé mentionnés à l'article L.162-22, dans certains établissements de santé disposant d'une pharmacie à usage intérieur ou dans certains hôpitaux des armées.

« La décision d'accorder l'accès direct à une spécialité peut être assortie, si cela est prévu, pour des exigences de qualité et de sécurité des soins, dans l'avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, de conditions relatives à la qualification ou la compétence des prescripteurs, l'environnement technique ou l'organisation de ces soins et la mise en place d'un dispositif de suivi des patients traités. Elle peut également être assortie de conditions particulières de prescription, de dispensation ou d'utilisation, notamment de durées de prise en charge.

« Le prescripteur porte sur l'ordonnance la mention : « Prescription au titre de l'accès direct » et informe le patient des conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, de la spécialité prescrite.

« III. – Pour la mise à disposition d'une spécialité en accès direct dans les douze premiers mois à compter de l'arrêté mentionné au I, l'exploitant peut réclamer aux établissements de santé une indemnité, dès lors que cette spécialité ne fait l'objet ni d'un prix maximal de vente aux établissements de santé en application de l'article L. 162-16-4-3 du code de la sécurité sociale, ni d'une prise en charge au titre du deuxième alinéa de l'article L. 162-17 ou de l'article L. 162-22-7 du même code dans au moins l'une de ses indications. A compter du treizième mois, l'exploitant fournit la spécialité bénéficiant de l'accès direct à titre gracieux.

« L'exploitant déclare le montant de l'indemnité maximale qu'il entend réclamer au Comité économique des produits de santé, qui en assure la publicité.

« Avant le 15 février de chaque année, l'exploitant de la spécialité informe le comité du chiffre d'affaires correspondant à cette spécialité ainsi que du nombre d'unités fournies, dans le cadre du dispositif d'accès direct et dans chacune des indications concernées, au titre de l'année civile précédente.

« IV. – Lorsque la spécialité fait l'objet d'un avis de la commission de la Haute autorité de santé compétente au titre de sa mission d'évaluation économique rendu postérieurement à l'arrêté

mentionné au I et au II, la période de prise en charge est prolongée pour couvrir douze mois à compter de la publication de cet avis.

« V. – Pour chaque indication d'une spécialité à laquelle est accordé un accès direct, l'entreprise exploitant la spécialité reverse chaque année aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des remises calculées sur la base du chiffre d'affaires hors taxes facturé aux établissements de santé, au titre de l'indication et de la période considérées.

« Les taux de ces remises sont définis selon un barème progressif par tranche de chiffre d'affaires, fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« VI. – Dans chaque indication considérée, l'accès direct prend fin au plus tard trois ans à compter de la publication de l'arrêté mentionné au I. Il prend fin avant l'expiration de ce délai dans les cas suivants :

« 1° Lorsque cette indication est inscrite, au titre de son autorisation de mise sur le marché, sur l'une des listes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ou aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, que l'avis de fixation du tarif de responsabilité ou du prix est publié ;

« 2° Sur demande de l'exploitant ;

« 3° En cas de refus d'inscription ou de retrait de la demande d'inscription de la spécialité, dans l'indication considérée, sur l'une des listes mentionnées au A du I ;

« 4° En cas de manquement à l'un des engagements mentionnés au B du I.

« Sauf dans le cas prévu au 1°, il est mis fin à l'accès direct par arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale.

« VII. – A. – Lorsqu'une spécialité pharmaceutique ayant fait l'objet d'une prise en charge au titre du dispositif d'accès direct est inscrite au remboursement pour l'indication donnée, au titre d'une autorisation de mise sur le marché incluant, en tout ou partie, cette indication, la convention ou la décision qui fixe le prix net de référence en application du IV de l'article L. 162-18 détermine également le montant de la restitution ou de la remise supplémentaire définies selon les modalités suivantes.

« Le Comité économique des produits de santé calcule, après que l'entreprise exploitant cette spécialité a été mise à même de présenter ses observations :

« 1° Le chiffre d'affaires qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au titre de l'indication considérée, prises en charge au titre du dispositif d'accès direct, au prix net de référence sur l'ensemble de la période considérée de prise en charge ;

« 2° Le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé au titre de l'indication concernée sur l'ensemble de la période considérée de prise en charge.

« Si le montant mentionné au 1° du présent A est inférieur à celui mentionné au 2°, l'exploitant verse une remise supplémentaire aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du

code de la sécurité sociale désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, égale à la différence entre ces deux montants.

« Dans le cas contraire, est restituée au laboratoire la différence entre ces deux montants dans la limite de la remise versée au titre du V du présent article pour l'indication considérée sur l'ensemble de la période de prise en charge.

« B. – Pour chaque indication considérée, la remise est versée en une seule fois, au titre de l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement pour l'indication considérée a eu lieu.

« VIII. – Les dispositions du VII sont applicables lorsque, pour une indication thérapeutique, l'accès direct prend fin ou lorsqu'il y est mis fin sans que soit accordée une prise en charge par l'assurance maladie pour cette indication.

« Dans ce cas, le Comité économique des produits de santé retient un prix de référence en fonction des critères de fixation et de modification des prix et tarifs prévus aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 et L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale.

« En outre, pour l'application du B du VII, l'année au cours de laquelle l'inscription au remboursement de l'indication considérée a eu lieu correspond à l'année au cours de laquelle le prix de référence a été fixé.

« IX. – Durant la période de continuité de traitement postérieure à l'accès direct :

« 1° Lorsque la spécialité pharmaceutique concernée est inscrite sur l'une des listes mentionnées à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique dans l'indication considérée, les conditions de dispensation et de prise en charge au titre de l'inscription sur ces listes s'appliquent ;

« 2° Dans le cas contraire, les dernières conditions de dispensation sont maintenues. L'exploitant fournit la spécialité pour les continuités de traitement à titre gracieux.

« En cas de manquement de l'exploitant à l'un des engagements pris au titre du B du I, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent prononcer, après que l'exploitant a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière mise à sa charge. Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre de la spécialité mentionnée au I au cours des deux ans précédant la constatation du manquement.

« La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie. Les articles L. 137-3 et L. 137-4 du même code sont applicables au recouvrement de la pénalité. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

« X. – Les modalités d'application du présent article sont précisées par décret en Conseil d'Etat. »

7° A l'article L. 162-16-5-1-1:

a) Au I :

i) Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« L'exploitant d'une spécialité bénéficiant d'une ou de plusieurs autorisations d'accès précoce mentionnées à l'article L.5121-12 du code de la santé publique, faisant l'objet de la prise en charge par l'assurance maladie prévue à l'article L. 162-16-5-1, peut réclamer aux établissements de santé auxquels il fournit ce médicament une indemnité, pour une durée maximale de trois ans, dès lors que ce médicament ne fait pas l'objet d'un prix maximal de vente en application de l'article L. 162-16-4-3, ni d'une prise en charge au titre des articles L. 162-17 ou L. 162-22-7 pour au moins l'une de ses indications. A compter de la quatrième année, l'exploitant fournit le médicament à titre gracieux.

« Cette durée est limitée à douze mois à compter de la date à laquelle la commission mentionnée à l'article L.5123-3 du code de la santé publique a été en mesure d'actualiser son évaluation au vu des données transmises par l'exploitant en application du c) du 2° du II de l'article L.5121-12 du même code.

« L'exploitant communique au préalable le montant maximal de l'indemnité qu'il entend réclamer au comité économique des produits de santé, qui en assure la publicité. »

ii) Après ces dispositions, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Par dérogation à la durée maximale de trois ans mentionnée au premier alinéa, lorsqu'une spécialité qui avait obtenu une autorisation d'accès précoce au titre du 1° du II de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique se voit reconnaître une autorisation au titre du 2° du même II, la prise en charge de cette spécialité peut être prolongée de trois ans à compter de la nouvelle autorisation. Au terme de cette prolongation, le laboratoire titulaire des droits d'exploitation fournit la spécialité à titre gracieux.

« Lorsque la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique a été en mesure d'actualiser son évaluation au vu des données transmises par l'exploitant en application du c du 2° du II de l'article L. 5121-12 du même code, l'exploitant ne peut demander l'indemnité mentionnée au premier alinéa au-delà d'une année à compter de la publication de l'avis. A partir du treizième mois, le laboratoire fournit la spécialité à titre gracieux. » ;

b) Au II:

i) La subdivision du II en A et B est supprimée ;

ii) Au troisième alinéa, les mots : « du présent A » sont remplacés par les mots suivants : « du présent II » ;

iii) Le B est supprimé ;

c) Au V, le mot : « temporaire » est remplacé par les mots : « en accès direct » ;

8°) Au VI :

a) Au premier alinéa, après les mots : « d'accès compassionnel », sont insérés les mots : « prend fin » ;

b) Le 1° est remplacé par les dispositions suivantes : « 1°) Pour une durée de douze mois, pour le traitement d'un patient donné, éligible à l'indication mentionnée dans l'autorisation de mise sur le marché dont bénéficie une spécialité qui n'est pas inscrite sur l'une des listes mentionnées au 2° du V ; »

c) Au 2°, les mots : « Pour le traitement » sont remplacés par les mots : « Pour une durée de vingt-quatre mois pour le traitement » ;

9°) Au premier alinéa de l'article L. 162-16-5-3, les mots : « faisant l'objet » sont remplacés par les mots : « bénéficiant du dispositif d'accès direct mentionné à l'article L. 162-16-5-12, de la prise en charge correspondante ainsi que des continuités de traitement, » ;

10°) A l'article L. 162-16-5-4 :

a) Le 2° du I bis est ainsi remplacé par les dispositions suivantes : « 2°) Dans le cas contraire, les dernières conditions de prescription et de dispensation prévues au titre de l'accès précoce sont maintenues pendant la période de continuité du traitement mentionnée au 2° du I du présent article. Pendant cette période l'exploitant fournit la spécialité à titre gracieux. » ;

b) Le dernier alinéa du I bis est supprimé ;

c) Le I *ter* est abrogé ;

11°) A l'article L. 162-16-5-4-1, après la mention de l'article L. 162-16-5-1-1 est insérée la mention de l'article L. 162-16-5-1-2 ;

12°) A l'article L. 162-17-1-2, après la mention de l'article L. 162-16-5-1-1 est insérée la mention de l'article L. 162-16-5-1-2 ;

13°) Au 2° de l'article L. 162-17-4, les mots : « et L.162-16-5-1-1 » sont remplacés par les mots : « , L.162-16-5-1-1 et L. 162-16-5-1-2 » ;

14°) A la première phrase du IV de l'article L. 162-18, après les mots : « l'une de leurs indications, » sont insérés les mots : « de la prise en charge au titre de l'accès direct prévu à l'article L. 162-16-5-1-2 » et les mots : « puis de la prise en charge mentionnée à l'article L. 162-16-5-1-2 » sont supprimés ;

15°) A l'article L. 162-18-1:

a) Le 2° du I est complété par les mots « soit d'un accès direct en application de l'article L. 162-16-5-1-2 » ;

b) Au 3° du I, après les mots : « mise sur le marché », sont insérés les mots : « ni d'un accès direct », et le dernier signe : « , » est remplacé par le signe : « . » ;

c) Au B du II :

i) Après le mot : « subordonnées » sont insérés les mots : « au versement de remises par les entreprises mentionnées au I » ;

ii) Les mots : « tant que les entreprises mentionnées au I » sont remplacés par les mots : « tant que celles-ci » ;

iii) Les mots : « au versement de remises par ces entreprises » sont remplacés par les mots « ou un accès direct en application de l'article L.162-16-5-1-2 » ;

16°) Au premier alinéa de l'article L. 162-18-3, après la mention de l'article L. 162-16-5-1-1, sont insérés les mots : « au III de l'article L. 162-16-5-1-2, », et les mots : « ou au 2° du IV de l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 » sont supprimés ;

17°) A l'article L. 162-23-6-1, après les deux occurrences de l'article L. 162-16-5-1-1 est insérée la mention de l'article L. 162-16-5-1-2 ;

18°) A l'article L.165-2, les mots : « pays européens présentant une taille totale de marché comparable » sont remplacés par les mots : « pays présentant des caractéristiques de marché comparables » ;

19°) A l'article L. 245-1, les mots : « au titre de l'article L. 162-16-5-1 », sont remplacés par les mots : « au titre des articles L. 162-16-5-1 ou L. 162-16-5-1-2 » et les mots : « ou au 2° du IV de l'article 62 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 » sont supprimés ;

20°) A l'article L. 245-2, les mots : « en charge au titre de l'article L. 162-16-5-1 du présent code » sont remplacés par les mots : « en charge au titre des articles L. 162-16-5-1 ou L. 162-16-5-1-2 du présent code » et les mots : « ou au 2° du IV de l'article 62 de la loi n° 2021--1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 » sont supprimés ;

21°) A l'article L. 315-2, après la mention de l'article L. 162-16-5-1-1 est insérée la mention de l'article L. 162-16-5-1-2.

III. – A la section V du chapitre Ier du titre II de la première partie du code général des impôts, à l'article 281 octies, après la troisième occurrence des mots : « code de la santé publique », sont insérés les mots : « ainsi que ceux bénéficiant de l'accès direct prévu à l'article L. 162-16-5-1-2 du code de la sécurité sociale. »

IV. – A. – Le présent article entre en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1er juillet 2026.

B. – Les autorisations d'accès précoces délivrées au titre de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, et dont l'échéance est postérieure à la date prévue au A du présent IV demeurent régies jusqu'à leur terme, ainsi qu'au titre d'éventuels renouvellements, par les dispositions du code de la santé publique et du code de la sécurité sociale dans leur rédaction antérieure à la présente loi.

Toutefois, les spécialités concernées par l'alinéa précédent peuvent faire l'objet, sur demande de l'exploitant dans l'indication concernée, d'une autorisation au titre de l'accès direct

dans les conditions prévues à l'article L. 162-16-5-1-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant du présent article.

Pour l'application du A du III de l'article L. 162-16-5-1-1 du code de la sécurité sociale et du IV de l'article L. 162-16-5-1-2 dans leur rédaction résultant du présent article, le montant de la restitution ou de la remise supplémentaire est déterminé en tenant compte également du chiffre d'affaires correspondant à la période de prise en charge au titre de l'autorisation d'accès précoce dans leur rédaction antérieure à la présente loi.

Les dispositions de l'article L. 162-16-5-4 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi restent applicables aux autorisations d'accès précoces délivrées antérieurement à la date prévue au A du présent IV.

C. – Pour les spécialités qui sont, à la date mentionnée au A du présent IV, prises en charge par l'assurance maladie en application de l'article L. 162-16-5-2 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, le VI de cet article leur est applicable dans sa rédaction antérieure à la date prévue au A du IV.

Exposé des motifs

L'article 78 de la LFSS pour 2021 a mis en place, dès le 1^{er} juillet 2021, deux nouveaux dispositifs d'accès et de prise en charge des médicaments par l'Assurance maladie.

L'accès précoce concerne les médicaments traitant des maladies graves, rares ou invalidantes, répondant à un besoin thérapeutique non couvert, présumés innovants et pour lesquels le laboratoire exploitant s'engage à déposer une autorisation de mise sur le marché ou une demande de remboursement de droit commun. Le dispositif d'accès précoce permet ainsi la mise à disposition auprès des patients de traitements dont les données cliniques ne sont pas encore totalement disponibles, faisant ainsi le pari d'une innovation pour ne pas entraîner de perte de chance pour les patients traités. Il s'agit de passer d'un dispositif transitoire au droit commun. Les laboratoires se sont largement saisis du dispositif puisque 349 demandes d'accès précoce ont été déposées (jusqu'au 31 juin 2025) auprès de la HAS et plus de 120 000 patients traités.

L'accès compassionnel vise les médicaments non nécessairement innovants, qui ne sont pas destinés à obtenir une autorisation de mise sur le marché mais qui répondent à un besoin thérapeutique non couvert. L'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé a délivré près de 180 000 autorisations d'accès compassionnel, en particulier en oncologie, en neurologie et en maladies infectieuses et émergentes, ce qui représente plus de 90 300 patients en impasse thérapeutique.

A côté de ces deux dispositifs, l'accès direct est une expérimentation de deux ans, permettant une prise en charge par l'Assurance maladie dès la publication de l'avis de la Commission de la Transparence de la HAS, pour les médicaments hospitaliers ou les médicaments de ville non remboursés par ailleurs. Ce dispositif, entré en vigueur en 2023, a pris fin le 9 juillet 2025. L'accès direct se distingue de l'accès précoce en ce qu'il ne nécessite pas que les patients soient en impasse thérapeutique : il concerne toute spécialité présentant un service médical rendu important et une innovation au moins mineure (ASMR I à IV) pour leur permettre d'arriver sur le marché avant la négociation de prix. L'efficacité du dispositif est reconnue en matière de délais d'accès aux traitements pour les patients et de négociations tarifaires qui ont eu lieu sur les trois

spécialités prises en charge et ayant fait l'objet d'une inscription en droit commun. En revanche, la généralisation de cette expérimentation devra prendre en compte certaines pistes d'amélioration.

Plus de trois ans après leur mise en place, ces dispositifs ont répondu à de nombreux objectifs. Alors que l'expérimentation d'accès direct touche à sa fin, le présent article a pour objet de mettre en cohérence les différents dispositifs d'accès dérogatoires en France et de proposer des améliorations.

Article 35

Expérimenter le référencement de certains médicaments thérapeutiques équivalents

I. – A titre expérimental et pour une durée maximale de cinq ans, il est instauré une procédure de référencement applicable à certaines spécialités pharmaceutiques remboursables par l'assurance maladie.

L'inscription sur l'une des listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale peut ainsi être subordonnée, à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, à une procédure de référencement ayant pour objet de sélectionner des médicaments au sein :

1° D'un groupe générique défini au *b* du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique ;

2° D'un groupe hybride défini au *d* du même 5° parmi les médicaments biologiques similaires substituables ;

3° D'un groupe biologique similaire défini au *b* du 15° du même article ;

4° D'un groupe de médicaments substituables défini par les ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale après avis de la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique.

Les groupes soumis à cette procédure sont déterminés en tenant compte notamment des volumes, de la dépense remboursée, de l'évolution de ces derniers, de leur impact environnemental, du nombre d'acteurs présents et des éventuels antécédents ou risques de tension ou de rupture d'approvisionnement.

La sélection des médicaments référencés est effectuée en fonction des garanties d'approvisionnement apportées par les entreprises concernées, au regard notamment de la diversité et de la sécurité des sources d'approvisionnement, ainsi que des conditions tarifaires proposées au regard de l'objectif d'efficience des dépenses d'assurance maladie. Elle peut également tenir compte de l'impact environnemental des spécialités ainsi que des objectifs de développement durable dans leur dimension économique et sociale. Les modalités d'évaluation de ces critères sont définies par décret.

La mise en œuvre de la procédure de référencement peut déroger aux dispositions relatives à la fixation et la révision du prix des médicaments remboursables et aux remises figurant respectivement aux articles L. 162-16-4, L. 162-16-5 et L. 162-18 du code de la sécurité sociale. La procédure de référencement donne lieu à la sélection de plusieurs médicaments par groupes et les lots peuvent notamment être définis par zones géographiques ou par volumes.

Le Comité économique des produits de santé est chargé de la gestion et de la mise en œuvre, pour ce qui le concerne, de la procédure de référencement dans des conditions fixées par décret.

II. – Afin d’initier la procédure de référencement, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale saisissent le Comité économique des produits de santé en précisant les éléments devant être pris en compte dans le référencement, éventuellement associés aux pondérations minimales et maximales, la durée maximale du référencement, le nombre de lots avec leurs tailles respectives et la date d’entrée en vigueur.

Dans le cadre de la procédure de sélection des médicaments consécutive à la saisine, le Comité économique des produits de santé indique les critères retenus, leurs modes d’évaluation, leurs pondérations respectives, la durée du référencement, le nombre de lots et les prix minimum et maximum. Il précise que les médicaments sélectionnés sont référencés pour une période maximale définie par décret et ne pouvant excéder deux ans, le cas échéant prorogeable dans les conditions prévues par le même décret. Ces divers éléments sont mentionnés dans un avis rendu public comportant le calendrier général applicable à la procédure de référencement, l’information selon laquelle pendant cette même période les médicaments comparables qui ne sont pas sélectionnés sont exclus temporairement de la prise en charge et les modalités selon lesquelles les entreprises intéressées peuvent faire valoir leurs observations auprès du comité.

En vue du référencement de leurs médicaments, les laboratoires attributaires concluent avec le comité des conventions fixant les conditions tarifaires applicables et les engagements du laboratoire, notamment en termes de couverture du marché. La mise en œuvre d’une procédure de référencement ne peut conduire à placer, pour un médicament remboursable par l’assurance maladie, une entreprise en situation de monopole.

Les résultats de la procédure de référencement sont rendus publics par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précisant notamment la durée du référencement, la liste des médicaments référencés et lots associés, et ceux des médicaments dont l’inscription sur l’une des listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l’article L. 162-17 du code de la sécurité sociale est modifiée par voie de conséquence ainsi que les conditions tarifaires applicables.

III. – Le référencement peut être soumis à un engagement des entreprises exploitant le médicament concerné ou des entreprises assurant son importation ou sa distribution parallèle à fournir des quantités minimales sur le marché français et à garantir une couverture suffisante du territoire national pendant l’intégralité de la période de référencement, y compris, le cas échéant, pendant sa prorogation.

En cas de non-respect des engagements mentionnés à l’alinéa précédent par l’entreprise attributaire, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent, sans délai, déroger aux stipulations de la convention pour pallier la défaillance de l’entreprise. Ils peuvent également, après avoir mis à même l’entreprise de présenter ses observations, mettre fin au référencement du ou des médicaments concernés et, le cas échéant, procéder à une nouvelle procédure de sélection des médicaments en vue de leur référencement.

Les ministres compétents peuvent en outre :

1° Prononcer une pénalité financière à l'encontre de l'entreprise défaillante, d'un montant maximal égal à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre du dernier exercice clos au titre du médicament concerné par le manquement. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité, de la durée et de la réitération éventuelle des manquements. Cette pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Les deux premiers alinéas de l'article L. 137-3 et l'article L. 137-4 du même code sont applicables à son recouvrement. Le produit de la pénalité est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie ;

2° Mettre à la charge financière de l'entreprise défaillante les surcoûts éventuels supportés par l'assurance maladie du fait d'un défaut d'approvisionnement en médicaments sélectionnés ou d'une mauvaise couverture du territoire. Le recouvrement des montants correspondants par l'organisme de prise en charge s'effectue selon la procédure prévue à l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale.

IV. – Au plus tard six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport d'évaluation de l'expérimentation afin, notamment, de déterminer l'opportunité et, le cas échéant, les conditions de sa pérennisation et de son extension.

V. – Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat. Ce décret précise notamment la date de début de l'expérimentation, sa durée, la méthodologie de l'évaluation, ses objectifs et les modalités de sa conduite et de la rédaction du rapport mentionné au IV.

Exposé des motifs

Les modalités de prise en charge par l'Assurance maladie des médicaments génériques, hybrides et biosimilaires ne permettent pas de piloter de façon complètement satisfaisante l'offre disponible sur le marché pour répondre aux enjeux actuels de prévention des pénuries et tensions d'approvisionnement, de souveraineté sanitaire et de réduction de l'impact environnemental tout en préservant la soutenabilité de notre système de soins. En effet, la répartition du marché entre les différents acteurs est principalement déterminée par la politique commerciale des industriels et les leviers existants ne permettent pas d'orienter efficacement le marché vers des produits répondant aux objectifs stratégiques.

La présente mesure vise à expérimenter la mise en place de référencements par le Comité Economique des Produits de Santé sur quelques groupes génériques et biosimilaires dans un cadre conjuguant mise en concurrence, sécurité d'approvisionnement et prévisibilité du marché pour les industriels concernés. Elle vise à concilier les différents enjeux auxquels est confrontée la politique du médicament en France entre soutenabilité des dépenses publiques et prise en compte de critères de garanties d'approvisionnement permettant de limiter les pénuries, mais également d'autres enjeux comme le renforcement de l'attractivité du territoire auprès des laboratoires pharmaceutiques et la réduction de l'impact environnemental. Ce référencement sera multi-attributaire (permettant ainsi de garder sur le marché français plusieurs laboratoires) et valorisera notamment la proposition tarifaire et la sécurité d'approvisionnement au travers des garanties qui pourront être apportées sur la chaîne de production. Afin d'assurer l'approvisionnement national à partir de différentes chaînes de production, plusieurs laboratoires de production seront retenus pour améliorer la résilience du dispositif en cas de pénurie. De plus, pour renforcer la sécurité d'approvisionnement, les entreprises retenues seront rendues responsables de leurs obligations avec des sanctions prévues en cas de manquement, notamment des pénalités financières ou une

exclusion du dispositif. Au-delà de ces critères, le référencement pourra également prendre en compte l'impact environnemental des médicaments en s'appuyant sur une méthodologie harmonisée et simplifiée de calcul de l'impact carbone des médicaments.

Article 36

Adapter le financement des établissements accompagnant des enfants et des jeunes en situation de handicap dans le cadre de la réforme SERAFIN

I. – La section 1 du chapitre IV du titre I^{er} du livre III du code de l'action sociale et des familles est complétée par un article L. 314-2-4 ainsi rédigé :

« *Art. L.314-2-4.* – I. – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 314-7, les établissements et services mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 accompagnant des mineurs ou jeunes adultes en situation de handicap et faisant l'objet d'une orientation de la commission mentionnée à l'article L. 241-5 bénéficient d'une dotation globale de financement dont la part principale prend en compte, notamment, leur capacité autorisée, les modalités d'accueil proposées et les besoins d'accompagnement et, le cas échéant, de soins, des personnes accompagnées. La part principale peut être modulée en fonction de l'activité réalisée et de l'atteinte d'objectifs relatifs à la qualité de l'accompagnement et à la coopération avec les partenaires éducatifs, sanitaires, sociaux ou médico-sociaux. A la part principale peuvent s'ajouter des financements complémentaires définis dans le contrat prévu à l'article L. 313-12-2.

« II. – Afin de déterminer le montant de la dotation globale de financement mentionnée au I, chaque établissement ou service transmet à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et à l'agence régionale de santé compétente les données nécessaires à son calcul dans des conditions fixées par décret.

« III. – Les dispositions du I sont précisées par décret en Conseil d'Etat. »

II. – Par dérogation aux dispositions du I de l'article L. 314-2-4 du code de l'action sociale et des familles, pendant une période transitoire ne pouvant excéder huit ans, la part principale de la dotation globale de financement des établissements et services mentionnés à cet article est déterminée chaque année en fonction, d'une part, du montant de cette part versée au titre de l'année précédente et, d'autre part, du montant de la part principale qui résulterait de l'application de ces dispositions.

Les modalités d'application de l'alinéa précédent, notamment la durée de la période transitoire et la formule de modulation appliquée pendant cette période, sont précisées par décret en Conseil d'Etat.

Pour 2027, la valeur de la part principale retenue au titre de l'année précédente est calculée à partir des informations mentionnées au V du présent article.

III. – Les dispositions des deux dernières phrases de l'article L. 314-7-1 du code de l'action sociale et des familles sont applicables à tout établissement ou service médico-social mentionné au 2° du I de l'article L. 312-1 du même code accompagnant des mineurs ou jeunes adultes en situation de handicap et faisant l'objet d'une orientation de la commission mentionnée à l'article L. 241-5 du même code à compter de la date de la conclusion du contrat mentionné à l'article L. 313-12-2 ou de l'inclusion de l'établissement ou du service dans un contrat mentionné au IV^{ter} de l'article L. 313-12 du même code ou, à défaut, le 1^{er} janvier 2027.

IV. – Le I et le II du présent article entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2027.

V. – Dans des conditions fixées par décret, les établissements et services mentionnés au 2° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles accompagnant des mineurs ou jeunes adultes en situation de handicap et faisant l'objet d'une orientation de la commission mentionnée à l'article L. 241-5 du même code transmettent à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et à l'agence régionale de santé compétente, en 2026, les informations permettant de simuler le montant de la part principale et de la modulation calculées selon les dispositions de l'article L. 314-2-4 de ce code figurant au I du présent article.

Exposé des motifs

Cet article met en œuvre une première étape de la réforme de la tarification des établissements et services médico-sociaux intervenant auprès des personnes en situation de handicap.

A la suite des rapports d'Agnès Jeannet et Laurent Vachey de 2012 et 2013, qui soulignaient la nécessité de mieux objectiver les critères de financement de ces établissements et services, dont la tarification repose encore aujourd'hui largement sur des dotations historiques, des travaux techniques ont été engagés par l'Etat, en concertation étroite avec le secteur médico-social, pour poser les fondements d'un nouveau modèle de tarification dans le cadre du projet dit SERAFIN-PH (« Services et Etablissements : Réforme pour une Adéquation des Financements au parcours des personnes handicapées »).

En 2023, le Gouvernement a annoncé que la réforme serait, dans un premier temps, déployée dans le champ des établissements et services accueillant des enfants, ce champ présentant l'intérêt de relever d'une seule autorité de tarification, l'Agence régionale de santé sur crédits de l'ONDAM médico-social.

La présente mesure vise à préciser le périmètre de la réforme, les paramètres qui seront pris en compte et devront être déclinés au niveau réglementaire, et enfin à organiser la phase de transition pour les établissements et services concernés, dans le souci de ne pas fragiliser des structures qui connaissent des difficultés budgétaires.

L'objectif général de la réforme est triple : renforcer l'équité dans l'allocation des ressources, en prenant en compte des critères objectifs permettant notamment de mieux appréhender la complexité de certains accompagnements ; introduire dans la tarification des incitations claires dans le sens de la transformation de l'offre médico-sociale, dont le principe est de faciliter l'accompagnement des personnes en situation de handicap sur leur lieu de vie, quel qu'il soit et en tenant compte de leurs aspirations ; garantir la stabilité du modèle de financement, par la combinaison de dotations forfaitaires et de dotations variables en fonction de la réalité de l'activité.

Le champ concerné est celui des établissements et services accompagnant des mineurs ou jeunes adultes en situation de handicap et orientés par la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées. Il s'agit donc pour l'essentiel des instituts médicoéducatifs, des services d'éducation spéciale et de soins à domicile, des instituts d'éducatrices motrices ou des instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques.

Le modèle de tarification tient compte, dans des conditions qui seront précisées par voie réglementaire, de paramètres qui relèvent aussi bien du cadre de l'autorisation (notamment la taille de la structure) que des modalités d'accueil proposées. L'activité réalisée, et en particulier la complexité de certains accompagnements, sera, elle aussi, prise en compte. Enfin, le modèle prévoit diverses incitations pour développer l'accueil en milieu "ordinaire" (école, centre de loisir, milieu professionnel pour les adolescents et jeunes adultes, etc.), en valorisant l'innovation et en soutenant spécifiquement les dépenses liées aux transports destinés à favoriser l'inclusion.

Le modèle entrera en vigueur en 2027, après une année 2026 consacrée aux travaux réglementaires et aux réglages du modèle. S'engagera alors une phase de transition, destinée à laisser le temps aux gestionnaires d'adapter leurs organisations aux nouvelles règles de tarification.

Article 37

Contribution de la CNSA à la prise en charge du coût de l'accord du 4 juin 2024 pour les départements

L'article 43 de la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 est ainsi modifié :

1° Le II devient un III ;

2° Il est inséré un II ainsi rédigé :

« II. – Afin de contribuer au financement du coût des mesures de revalorisations salariales, dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux à but non lucratif accueillant des personnes âgées ou des personnes en situation de handicap, résultant de l'accord de branche du 4 juin 2024 relatif à l'extension du Ségur dans le cadre de la politique salariale dans le secteur sanitaire, social et médico-social privé à but non-lucratif, agréé le 25 juin 2024 dans les conditions mentionnées à l'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie verse aux départements une aide forfaitaire annuelle de 85 millions d'euros. Les modalités de la répartition de cette aide entre départements, qui tient compte du nombre de places dans ces établissements et services, sont précisées par décret.

3° Au III, tel qu'il résulte du présent 1° :

a) Après la mention : « III.- » est insérée la mention : « A.- » et les mots : « Le présent article est applicable » sont remplacés par les mots : « Les dispositions du I sont applicables » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« B. – Les dispositions du II sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2025. ».

Exposé des motifs

L'article vise à permettre la contribution, par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), au financement des coûts supportés par les départements au titre de la mise en œuvre de l'accord du 4 juin 2024, qui prévoit l'extension de la prime Ségur à l'ensemble des professionnels de la branche sanitaire, sociale et médico-sociale privée à but non lucratif qui n'en étaient pas encore bénéficiaires.

L'article 43 de la LFSS pour 2022 prévoit déjà une possibilité de financement de la CNSA à destination des départements. L'élargissement de son objet dans le cadre de la présente mesure permet d'assurer la cohérence des dispositifs poursuivant un même objectif de soutien au secteur médico-social, tout en évitant de créer un nouveau vecteur budgétaire de financement des départements.

L'objectif poursuivi par la mesure est double : garantir la soutenabilité financière de l'accord pour les collectivités départementales, en apportant une compensation à hauteur de 85 millions d'euros, et assurer une mise en œuvre rapide et lisible du financement.

Article 38

Déduire des indemnisations versées par les assurances et fonds d'indemnisation l'allocation personnalisée d'autonomie et la prestation de compensation du handicap

I. – L'article L. 232-4 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le département déduit du montant de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile les indemnités reçues par le bénéficiaire en réparation d'un dommage corporel qui couvrent des besoins figurant dans le plan d'aide mentionné au premier alinéa. Sont précisées par voie réglementaire les modalités selon lesquelles sont notamment déduites du montant de l'allocation personnalisée d'autonomie à domicile les indemnités provisionnelles, les indemnités versées sous forme de capital ainsi que les indemnités reçues en cours de droit. »

II. – Après l'article L. 232-4 du même code, il est inséré un article L. 232-4-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 232-4-1.* – Il appartient au bénéficiaire d'informer le département de toute indemnisation reçue en réparation d'un dommage corporel et de toute modification de son montant.

« A la demande du département, l'assureur ou le fonds d'indemnisation met à sa disposition les informations nécessaires à l'application des dispositions du dernier alinéa de l'article L. 232-4, selon des modalités précisées par voie réglementaire. »

III. – L'article L. 245-6 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le département déduit du montant de la prestation de compensation les indemnités reçues par le bénéficiaire en réparation d'un dommage corporel qui couvrent des besoins figurant dans le plan de compensation mentionné au premier alinéa. Sont précisées par voie réglementaire les modalités selon lesquelles sont notamment déduites du montant de la prestation de compensation les indemnités provisionnelles, les indemnités versées sous forme de capital ainsi que les indemnités reçues en cours de droit. »

IV. – Après l'article L. 245-6 du même code, il est inséré un article L. 245-6-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 245-6-1.* – Il appartient au bénéficiaire d'informer le département de toute indemnisation reçue en réparation d'un dommage corporel et de toute modification de son montant.

« A la demande du département, l'assureur ou le fonds d'indemnisation met à sa disposition les informations nécessaires à l'application des dispositions du dernier alinéa de l'article L. 245-6, selon des modalités précisées par voie réglementaire. »

V. – Le septième alinéa de l'article 706-9 du code de procédure pénale est complété par les mots : «, à l'exception des prestations mentionnées aux articles L. 232-1 et L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles ».

VI. – La première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 1142-14 du code de la santé publique est complétée par les mots : «, à l'exception des prestations mentionnées aux articles L. 232-1 et L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles ».

VII. – La deuxième phrase du premier alinéa du IV de l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est complétée par les mots : «, à l'exception des prestations mentionnées aux articles L. 232-1 et L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles ».

VIII. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux demandes d'allocation personnalisée d'autonomie et de prestation de compensation déposées à compter d'une date fixée par décret, au plus tard le 1^{er} janvier 2027.

Exposé des motifs

Lorsqu'une personne est victime d'un accident ou d'une agression dont un tiers est civilement responsable, il est possible aux organismes gérant un régime obligatoire de sécurité sociale ayant pris en charge des prestations sociales afin de réparer le dommage corporel de la victime, d'en demander le remboursement par le tiers responsable (et le cas échéant par son assureur) grâce au mécanisme de subrogation instauré notamment par la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, dite « Loi Badinter ».

La jurisprudence a cependant exclu du bénéfice de ces dispositions les prestations comme l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou la prestation de compensation du handicap (PCH), qui compensent cependant des situations de perte d'autonomie liées à de tels accidents ou agressions. Cela peut conduire à un cumul de droits au titre d'une part de la réparation intégrale du préjudice et d'autre part des prestations légales.

Ces prestations ne se prêtent cependant pas aisément à la mécanique du recours subrogatoire, en raison de l'éclatement des payeurs des prestations, de la nature mouvante de ces dernières dans le temps, et de leur calendrier d'attribution décalé dans le temps par rapport à celui du processus d'indemnisation du dommage corporel.

La présente mesure vise donc à instaurer un principe de subsidiarité de l'APA et de la PCH par rapport aux indemnisations servies par les responsables de dommages corporels. En pratique, les personnes bénéficiaires d'une telle indemnisation devront la déclarer, de même que les assureurs concernés, et les départements, qui liquident ces prestations, pourront déduire du montant versé les sommes afférentes à l'indemnisation.

Afin de ne pas obliger à de nouveaux calculs de prestations, il est proposé de n'appliquer ces dispositions qu'à compter des nouvelles demandes d'APA et de PCH déposées à compter d'une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} janvier 2027.

Article 39

Améliorer la reconnaissance des maladies professionnelles

I. – A l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale :

1° A la fin du cinquième alinéa, est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités générales d'établissement du diagnostic de ces maladies. » ;

2° Au sixième alinéa, après les mots : « d'origine professionnelle », sont insérés les mots : « après avis de médecins-conseils recueilli dans des conditions fixées par décret », et il est ajouté à la fin de l'alinéa la phrase : « Leur avis s'impose à la caisse. » ;

3° Au septième alinéa :

a) Après les mots : « une incapacité permanente », est inséré le mot : « professionnelle » ;

b) A la première occurrence, le mot : « à » est remplacée par les mots : « au deuxième alinéa de » ;

c) Les mots : « L. 434-2 » sont remplacés par les mots : « L. 434-1-A » ;

4° A la première phrase du huitième alinéa, les mots : « les cas mentionnés aux deux alinéas précédents » sont remplacés par les mots : « le cas mentionné au septième alinéa ».

II. – Les dispositions prévues au 1° du I entrent en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 30 septembre 2026, celles prévues aux 2° et 4° entrent en vigueur à une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} janvier 2027, et celles prévues au 3° entrent en vigueur à la date fixée en application du V de l'article 90 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025.

Exposé des motifs

La reconnaissance des maladies professionnelles repose sur deux systèmes : l'un dit « principal » fondé sur l'application des tableaux de maladies professionnelles et reposant sur des décisions prises par les caisses de sécurité sociale, l'autre dit « complémentaire » pour les maladies ne remplissant pas les conditions prévues par les tableaux réglementaires ou ne relevant pas d'un tableau de maladies professionnelles fondé sur des avis rendus par les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP).

Pour le système principal, la mesure proposée vise à simplifier les conditions requises pour la reconnaissance d'origine professionnelle des pathologies. Les tableaux de maladies professionnelles intègrent pour certaines maladies des exigences tenant aux conditions de diagnostic (tendinopathie confirmée par IRM par exemple) qui posent des difficultés de mise en œuvre (examens difficilement accessibles sur certaines parties du territoire, devenus obsolètes,

inadaptés voire contre-indiqués dans certains cas). Cet article propose ainsi de renvoyer à un décret en Conseil d'Etat la détermination des modalités générales d'établissement du diagnostic d'une maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles, qui seront objectivées pour renvoyer aux données acquises de la science au regard des recommandations de bonne pratique de la HAS ou, à défaut, des sociétés savantes. Ainsi, l'article permettra d'assurer l'adaptation des modalités de reconnaissance des pathologies professionnelles aux progrès techniques et scientifiques.

Pour le système complémentaire, l'article vise à répondre à plusieurs dysfonctionnements des CRRMP tenant notamment aux délais de traitement et à la rareté des ressources médicales composant ces comités. Il redéfinit ainsi le périmètre d'intervention du CRRMP en le recentrant sur les dossiers les plus complexes.

Article 40

Etendre le bénéfice du capital décès aux ayants droit des non-salariés agricoles décédés à compter du 1er janvier 2026 à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle

I. – Le premier alinéa de l'article L. 732-9-1 du code rural et de la pêche maritime est complété par les mots : « , y compris lorsque le décès survient à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ».

II. – Le I du présent article s'applique aux décès survenus à compter du 1^{er} janvier 2026.

Exposé des motifs

L'article étend le bénéfice du capital décès aux ayants droit des non-salariés agricoles décédés, à compter du 1^{er} janvier 2026, des suites d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (AT-MP). Il participe à la convergence du régime de protection sociale des non-salariés agricole vers le régime général de sécurité sociale et le régime des salariés agricoles.

Ainsi, l'article L. 361-1 du code de la sécurité sociale garantit aux ayants droit qui étaient à la charge du salarié au jour de son décès le paiement d'une somme forfaitaire constituant le capital décès, lorsque, moins de trois mois avant son décès, l'assuré exerçait une activité salariée, percevait l'une des allocations mentionnées au premier alinéa de l'article L. 311-5 de ce code et était titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une rente allouée en vertu de la législation sur les accidents du travail et maladies professionnelles. Cet article est précisé par l'article R. 361-2 du même code, qui prévoit le versement du capital décès aux ayants droit des assurés décédés suite à un accident du travail. Ainsi, cette prestation, qui est un soutien financier destiné à compenser la perte des ressources au sein du foyer du défunt, est versée à la suite d'un décès consécutif tant à une maladie ou un accident de la vie privée qu'à un AT-MP.

Jusqu'au 31 décembre 2021, les ayants droit des non-salariés agricoles ne bénéficiaient pas de cette prestation. Aussi, par souci d'équité, l'article 98 de la LFSS pour 2022 a créé un article L. 732-9-1 au sein du code rural et de la pêche maritime, afin d'étendre cette prestation aux ayants droits des chefs d'exploitation et d'entreprise agricole, des aides familiaux, des associés d'exploitation, ainsi qu'aux collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole décédés lorsque le décès fait suite à une maladie, un accident de la vie privée ou un suicide pour un non-salarié en activité. Par conséquent, le versement du capital décès ne s'applique pas lorsque les assurés

décédés perçoivent une pension de retraite ou sont titulaires d'une rente AT-MP, contrairement à ce qui est prévu pour les salariés agricoles et ceux du régime général.

Cette mesure avait pour objectif de répondre à un engagement du plan gouvernemental d'accompagnement des agriculteurs en détresse et de prévention du suicide en permettant à la Mutualité sociale agricole d'améliorer l'aide apportée aux familles en cas de suicide du chef d'exploitation ou d'un membre de la famille travaillant sur l'exploitation. Toutefois, elle limitait l'accès au capital décès des ayants droit des non-salariés agricoles aux seules situations de décès dus à une cause non professionnelle.

Article 41

Optimiser le recouvrement des pensions alimentaires

I. – Le dernier alinéa de l'article L. 213-4 du code des procédures civiles d'exécution est ainsi modifié :

1° A la première phrase, les mots : « vingt-quatre derniers mois » sont remplacés par les mots : « cinq dernières années » ;

2° A la seconde phrase, les mots : « vingt-quatre mois » sont remplacés par les mots : « cinq ans ».

II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 581-3, après les mots : « les autres termes » sont insérés les mots : « échus et » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 581-6, les mots : «, dans la limite de deux années à compter de la demande de recouvrement, » sont supprimés.

III. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} avril 2026.

Exposé des motifs

En cas d'impayé d'une pension alimentaire, les caisses d'allocations familiales (CAF) et les caisses de la mutualité sociale agricole (CMSA), sous l'égide de l'Agence de recouvrement et d'intermédiation des pensions alimentaires (ARIPA), sont chargées de procéder au recouvrement de la pension, par voie amiable ou forcée, auprès du débiteur. Dans ce cas, elles peuvent également verser au créancier éligible, à titre d'avance, une allocation de soutien familial dite « recouvrable » (ASFR).

Dans tous les cas, le recouvrement amiable précède au recouvrement forcé. Parmi les procédures de recouvrement forcé, le « paiement direct » - qui permet d'obtenir le paiement « directement » auprès d'un tiers (employeur, banque...) qui est lui-même débiteur envers le débiteur - constitue la procédure de recouvrement forcé la plus couramment utilisée par l'ARIPA.

Lorsque le créancier ou la créancière agit seul pour faire recouvrer ses impayés de pension alimentaire, par les voies d'exécution de droit privé, le paiement direct s'applique essentiellement aux termes à échoir et ne permet au particulier de recouvrer des termes échus que dans la limite de six mois. Cette procédure a été adaptée depuis la mise en place de l'intermédiation financière des

pensions alimentaires (IFPA) pour permettre également aux CAF et CMSA de recourir à la procédure de paiement direct dès lors qu'elles agissent pour le compte d'un créancier – ou qu'elle est subrogée dans ses droits, via le versement de l'ASFR. La loi dispose que la procédure de paiement direct peut s'appliquer aux termes échus dans la limite de deux ans. Parallèlement, la procédure de recouvrement public – par laquelle les comptables publics sont chargés de recouvrer les sommes pour le compte du créancier ou de l'ARIPA en cas de recouvrement d'ASFR – permet quant à elle de recouvrer jusqu'à cinq années d'arriérés.

L'article vise à aligner les délais propres à ces procédures pour permettre de mettre en œuvre la procédure de paiement direct sur une période plus large, en cohérence avec le délai de prescription applicable aux créances alimentaires prévu par le code civil, à savoir 5 ans. Il poursuit en ce sens un double objectif :

- D'une part, permettre à l'ARIPA de recouvrer des sommes pour lesquelles la procédure de paiement direct est aujourd'hui abandonnée du fait de la limitation à 2 ans de termes échus fixée pour la procédure de paiement direct, notamment des sommes pour lesquelles, une fois l'ASFR versée au parent créancier, l'ARIPA procède au recouvrement de ces avances de créance (ASFR) auprès du débiteur ;

- D'autre part, harmoniser les procédures de recouvrement, en évitant la bascule en recouvrement public avec des charges incohérentes et préjudiciables à tous les acteurs.

Article 42

Créer un congé supplémentaire de naissance

I. – Le code de la défense est ainsi modifié :

1° A l'article L. 4138-2 :

- a)* Le *b* du 1° est complété par les mots : « ainsi que du congé supplémentaire de naissance » ;

- b)* Au deuxième alinéa du 2°, après les mots : « de celui placé en congé maladie » sont insérés les mots : « et de celui placé en congé supplémentaire de naissance » ;

2° A l'article L. 4138-4 :

- a)* Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « Le congé supplémentaire de naissance est accordé pour une durée égale à celle mentionnée aux articles L. 631-3, L. 631-8 et L. 631-9 du code général de la fonction publique et donne lieu aux mêmes conditions de rémunérations que celles fixées par l'article L. 631-1 de ce code. » ;

- b)* Au deuxième alinéa, les mots : « aux personnels militaires » sont supprimés ;

- 3° A la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 4138-14, les mots : « ou du congé d'adoption qui peut » sont remplacés par les mots : «, du congé de paternité et d'accueil de l'enfant, du congé d'adoption ainsi que du congé supplémentaire de naissance, qui peuvent » ;

II. – Le code général de la fonction publique est ainsi modifié :

1° Au dernier alinéa de l'article L. 326-14, les mots : « ou adoption » sont remplacés par les mots : « , adoption, ou congé supplémentaire de naissance. » ;

2° A l'article L. 515-2, les mots : « ou du congé d'adoption » sont remplacés par les mots : « , du congé d'adoption ou du congé supplémentaire de naissance. » ;

3° L'article L. 631-1 est complété par la phrase suivante :

« Toutefois, à compter de la date à laquelle il bénéficie du congé supplémentaire de naissance mentionné aux articles L. 631-3, L. 631-8 et L. 631-9, le traitement est réduit. La fraction du traitement maintenu, qui est dégressive entre le premier et le second mois du congé, ne peut être inférieure à 50 %. Le décret en Conseil d'Etat qui détermine les modalités d'application du présent alinéa fixe le niveau du traitement maintenu.

4° Les premiers alinéas des articles L. 631-3, L. 631-8 et L. 631-9 du code général de la fonction publique sont chacun complétés par les mots suivants : « et un congé supplémentaire de naissance pris dans le délai et pour la durée mentionnés à l'article L. 1225-46-2 du code du travail ».

III. – L'article L. 9 du code des pensions civiles et militaires de retraites est ainsi modifié :

1° Le septième alinéa est supprimé ;

2° Le 3° est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« d) Congé de solidarité familiale. » ;

3° Après le 3°, sont insérés cinq alinéas ainsi rédigés :

« 4° Dans les cas où l'agent titulaire est en activité et placé dans :

« a) L'un des congés de formation mentionnés aux articles L. 214-1, L. 215-1 et L. 422-1 du code général de la fonction publique ;

« b) L'un des congés liés aux responsabilités parentales ou familiales mentionnés aux chapitres I, III et IV du titre III du livre VI du même code ;

« c) L'un des congés liés à des activités civiques mentionnés au titre IV du livre VI du même code ;

« d) L'un des congés pour raison de santé, accidents de services et maladies professionnelles mentionnés aux chapitres II et III du titre II du livre VIII du même code ;

« e) L'un des congés prévus aux articles L. 621-1 et L. 651-1 du même code ;

« 5° En cas de détachement hors de son corps ou cadre d'emplois d'origine, dans les conditions prévues à l'article L. 513-1 du même code ».

5° Le dernier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« En ce qui concerne les fonctionnaires civils, et hormis les positions prévues aux précédents alinéas, le temps passé dans une position ne comportant pas l'accomplissement de services effectifs n'est compté comme service effectif que dans la limite de cinq ans et sous réserve que les bénéficiaires subissent pendant ce temps, sur leur dernier traitement d'activité, les retenues prescrites par le présent code.

« Les modalités de prise en compte des périodes mentionnées au 1°, au 3° et au 4° sont précisées par décret en Conseil d'Etat ».

IV. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° A l'article L. 732-11, après la référence : « L. 732-10-1 » est insérée la référence : « L. 732-12-1-1 ».

2° Il est inséré un article L. 732-12-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 732-12-1-1.* – Les assurés mentionnés aux 1° et 2°, au a du 4° et au 5° de l'article L. 722-10 qui cessent leur activité à l'occasion de la naissance ou de l'arrivée au foyer d'un enfant, ou qui continuent de cesser leur activité après avoir épuisé leurs droits ouverts par les articles L. 732-10, L. 732-10-1, L. 732-11 ou L. 732-12-1, bénéficient, sur leur demande, de prestations supplémentaires de naissance dans les conditions décrites ci-dessous.

« Une allocation supplémentaire de remplacement leur est versée, sous réserve de se faire remplacer par du personnel salarié dans les travaux de l'exploitation ou de l'entreprise agricole et de ne pas reprendre leur activité pendant toute la durée d'indemnisation.

« Lorsque le remplacement ne peut pas être effectué, une indemnité journalière forfaitaire leur est attribuée sous réserve de cesser tout travail sur l'exploitation ou dans l'entreprise agricole pendant toute la période d'indemnisation.

« Les durées maximales d'attribution de l'allocation de remplacement ou des indemnités journalières sont équivalentes à celles prévues à l'article L. 331-8-1 du code de la sécurité sociale ».

« Un décret détermine les modalités d'application du présent article, notamment les montants et la période pendant laquelle elles peuvent être versées ».

V. – Le code la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au b du 1° du II de l'article L. 136-8, les mots : « et de l'accueil de l'enfant » sont remplacés par les mots : « , de l'accueil, de l'adoption de l'enfant et du congé supplémentaire de naissance » ;

2° A l'article L. 168-7 :

a) Au 1° de l'article L. 168-7, les mots : « ou d'adoption » sont remplacés par les mots : « , d'adoption ou du congé supplémentaire de naissance » ;

b) Au 2°, après la référence : « L. 623-1 » est insérée la référence : « , L. 623-2 ».

3° A l'article L. 168-10 :

a) Au 1°, les mots : « ou d'adoption » sont remplacés par les mots : « , d'adoption ou du congé supplémentaire de naissance » ;

b) Au 2°, après la référence : « L. 623-1 » est insérée la référence : « , L. 623-2 »-;

4° A l'article L. 223-1 :

a) Le 6° est complété par l'alinéa suivant :

« d) De la totalité du montant des indemnités versées dans les conditions prévues aux articles L. 331-8-1 et L. 623-2 du présent code et à l'article L. 732-12-1-1 du code rural et de la pêche maritime ; » ;

b) Au 7°, après les mots : « contributions sociales salariales » sont insérés les mots : « due aux ouvriers de l'Etat, aux magistrats de l'ordre judiciaire, aux militaires et aux fonctionnaires relevant des employeurs visés à l'article L. 2 du code général de la fonction publique » et les mots « et d'accueil de l'enfant » sont remplacés par les mots : « et de l'accueil de l'enfant, du congé supplémentaire de naissance » ;

c) Au 8°, les mots : « de la SNCF, SNCF Mobilités et SNCF Réseau » sont remplacés par les mots : « de la société nationale SNCF et ses filiales et groupements d'intérêt économique relevant du champ du I de l'article L. 2101-2 du code des transports » et après les mots : « congé de paternité et d'accueil de l'enfant », sont insérés les mots : « , du congé supplémentaire de naissance, ».

5° Au titre III du livre III :

a) L'intitulé du titre est remplacé par l'intitulé suivant : « Assurance maternité, congé de paternité et d'accueil de l'enfant et congé supplémentaire de naissance » ;

b) Dans l'intitulé du chapitre 1^{er}, les mots : « et au congé de paternité et d'accueil de l'enfant » sont remplacés par les mots : « , au congé de paternité et d'accueil de l'enfant et au congé supplémentaire de naissance » ;

c) Au 3° de l'article L. 330-1, les mots : « et L. 331-9 » sont remplacés par les mots : « , L. 331-9 et L. 331-11 » ;

d) Au 2° de l'article L. 331-9, les mots : « ou d'adoption » sont remplacés par les mots : « , d'adoption ou du congé supplémentaire de naissance » ;

e) Au chapitre I^{er}, il est inséré une section 4 *bis* ainsi rédigée :

« Section 4 bis
« **Congé supplémentaire de naissance**

« Art. L. 331-8-1. – Lorsque l'assuré bénéficie du congé supplémentaire de naissance dans les conditions prévues à l'article L. 1225-46-2 du code du travail il reçoit, pendant la durée de ce congé, une indemnité journalière, à condition de cesser tout travail salarié durant la période

d'indemnisation et de remplir les conditions fixées aux I et II de l'article L. 313-1. Le montant de cette indemnité, qui correspond à une fraction des revenus d'activité antérieurs soumis à cotisations à la date de l'interruption du travail, retenus dans la limite d'un plafond et ramenés à une valeur journalière, est déterminé par un décret en Conseil d'Etat. Ce montant peut être rendu dégressif entre le premier et le second mois de ce congé. »

« Art. L. 331-8-2. – L'indemnité journalière prévue à l'article L. 331-8-1 ne peut être cumulée avec les dispositifs suivants :

« 1° L'indemnité journalière prévue à l'article L. 321-1 ;

« 2° Les indemnités journalières prévues aux articles L. 331-3 à L. 331-9 ;

« 3° Les indemnités journalières versées en cas d'accident du travail et de maladies professionnelles prévues à l'article L. 433-1 ;

« 4° Les indemnités servies aux demandeurs d'emploi par l'assurance chômage ou le régime de solidarité. »

f) A l'article L. 333-3, il est inséré un 6° ainsi rédigé :

« 6° L'indemnité journalière prévue à l'article L. 331-8-1 du présent code » ;

6° Au 1° de l'article L. 351-3, après le mot : « maternité » sont insérés les mots : « du congé supplémentaire de naissance, » ;

7° Le premier alinéa de l'article L. 531-9 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il n'est pas non plus cumulable avec l'indemnité journalière mentionnée aux articles L. 331-8-1 et L. 623-2 du présent code et à l'article L. 732-12-1-1 du code rural et de la pêche maritime lorsque ces prestations sont versées au titre du même enfant. » ;

8° L'article L. 532-2 est ainsi modifié :

a) Au 1° du II, les mots : « ou d'adoption » sont remplacés par les mots : « d'adoption ou supplémentaire de naissance » ;

b) Au 2° du II, après la référence : « L.623-1 » est insérée la référence « , L. 623-2, » ;

9° A l'article L. 544-9 :

a) Le 1° est complété par les mots : « ou du congé supplémentaire de naissance » ;

b) Au 2° après la référence : « L. 623-1 » est insérée la référence : « , L. 623-2, » ;

10° Au chapitre III du titre II du livre VI:

a) Dans l'intitulé du chapitre, après les mots : « et d'adoption » sont ajoutés les mots : « et indemnité journalière de naissance » ;

b) Il est rétabli un article L. 623-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 623-2. – La mère, le père et, le cas échéant, le conjoint de la mère ou la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou son concubin ainsi que les parents adoptifs ou accueillants auxquels s'appliquent les dispositions du présent titre bénéficient sur leur demande d'indemnités journalières supplémentaires de naissance lorsqu'ils cessent ou continuent de cesser d'exercer leur activité à l'expiration des durées minimales mentionnées à l'article L. 623-1. Ces indemnités sont versées pour la durée mentionnée à l'article L. 331-8-1, à condition de ne pas reprendre cette activité pendant la durée d'indemnisation. Un décret détermine les conditions d'application du présent article, notamment le montant de l'indemnité journalière forfaitaire et la période pendant laquelle la cessation d'activité peut avoir lieu.

« Les montants des prestations sont revalorisés dans les mêmes conditions que celles fixées pour le plafond prévu à l'article L. 241-3. »

VI. – Le code du travail est ainsi modifié :

1° Le chapitre V du titre II du livre II de la première partie est ainsi modifié :

a) Après l'article L. 1225-4-4, il est inséré un article L. 1225-4-5 ainsi rédigé :

« Art. L.1225-4-5. – Aucun employeur ne peut rompre le contrat de travail d'un salarié pendant un congé supplémentaire de naissance prévu à l'article L.1225-46-2.

« Toutefois, l'employeur peut rompre le contrat s'il justifie d'une faute grave de l'intéressé ou de son impossibilité de maintenir ce contrat pour un motif étranger à la naissance ou à l'arrivée de l'enfant. »

b) A l'article L. 1225-6, après la référence : « L. 1225-4-3 » est insérée la référence : « L. 1225-4-5 ».

c) Après la section 3, il est inséré une section 3 bis ainsi rédigée :

« Section 3 bis

« **Congé supplémentaire de naissance**

« Art. L.1225-46-2. – Le salarié qui a bénéficié en application du présent chapitre d'un congé de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption, bénéficie, après avoir épuisé ce droit à congé, d'un congé supplémentaire de naissance.

« Toutefois, la condition d'avoir épuisé son droit à congé ne s'applique pas au salarié qui n'a pas exercé tout ou partie de ce droit faute de pouvoir bénéficier des indemnités et allocations versées dans les conditions prévues aux articles L. 331-3 à L. 331-8 du code de la sécurité sociale ou par d'autres dispositions législatives ou réglementaires.

« Le congé supplémentaire de naissance entraîne la suspension du contrat de travail.

« La durée de ce congé est soit d'un mois, soit de deux mois, au choix du salarié. Ce congé ne peut être fractionné.

« Le délai de prévenance de l'employeur quant à la date de prise du congé et de sa durée et le délai dans lequel les jours de congé doivent être pris sont fixés par décret. Le délai de prévenance, qui peut être réduit notamment lorsque le congé est pris immédiatement après le congé de paternité ou le congé d'adoption, doit être compris entre quinze jours et un mois. La fixation du délai dans lequel le congé peut être pris tient compte de ce que la durée des congés de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant et d'adoption peut être augmentée en application des articles L. 1225-17 à L. 1225-22, ou d'une convention ou d'un accord collectif de travail.

« *Art. L. 1225-46-3.* – La durée du congé supplémentaire de naissance est assimilée à une période de travail effectif pour la détermination des droits que le salarié tient de son ancienneté.

« Le salarié conserve le bénéfice de tous les avantages qu'il avait acquis avant le début du congé.

« *Art. L. 1225-46-4.* – Le salarié ne peut exercer aucune autre activité professionnelle pendant la durée du congé.

« *Art. L. 1225-46-5.* – En cas de décès de l'enfant ou de diminution importante des ressources du foyer, le salarié a le droit de reprendre son activité avant le terme prévu du congé supplémentaire de naissance.

« *Art. L. 1225-46-6.* – A l'issue du congé supplémentaire de naissance, le salarié retrouve son précédent emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente.

« *Art. L. 1225-46-7.* – Le salarié qui reprend son activité initiale à l'issue du congé supplémentaire de naissance a droit à l'entretien professionnel mentionné au I de l'article L. 6315-1, si cet entretien n'a pas déjà été réalisé à l'issue des congés de maternité ou d'adoption.

2° Au chapitre V du titre I^{er} du livre III de la sixième partie, le second alinéa de l'article L. 6315-1 est ainsi modifié : les mots : « d'un congé de maternité » sont remplacés par les mots : « des congés de maternité et d'adoption, ou le cas échéant à l'issue d'un congé supplémentaire de naissance, » et les mots : « d'un congé d'adoption, » sont supprimés.

3° Aux articles L. 6323-12, L. 6323-28 et L. 6323-35, après le mot : « adoption », sont ajoutés les mots : « supplémentaire de naissance, ».

VII. – L'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique, à l'assurance maladie, maternité, invalidité, décès et autonomie, au financement de la sécurité sociale à Mayotte et à la caisse de sécurité sociale de Mayotte est ainsi modifiée :

1° Au I de l'article 20-1:

a) Au 7° les mots : « ou durant le congé d'adoption » sont remplacés par les mots : « , le congé d'adoption ou durant le congé supplémentaire de naissance » ;

b) Au 7° *quater*, après les mots : « de leurs maternités » sont ajoutés les mots : « ou de leur congé supplémentaire de naissance » ;

c) Le 7° *sexies* est complété par les mots : « ou de leur congé supplémentaire de naissance » ;

d) Le 7° *septies* est complété par les mots : « à l'occasion de l'adoption ou de leur congé supplémentaire de naissance » ;

e) Au 7° *octies*, les mots : « ou d'une adoption » sont remplacés par les mots : « , d'une adoption ou d'un congé supplémentaire de naissance ».

2° A l'article 20-6, les mots : « et d'adoption » sont remplacés par les mots : « d'adoption et de congé supplémentaire de naissance » ;

3° A l'article 20-8 :

a) Le cinquième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « L'indemnité est versée également durant le congé supplémentaire de naissance défini à l'article L. 1225-46-2 du même code à condition de cesser tout travail salarié pendant la période d'indemnisation. Son montant est réduit pendant cette période et peut être rendu dégressif en fonction de la durée du congé. » ;

b) Au sixième alinéa, après les mots : « et l'adoption », sont ajoutés les mots : « , ainsi que celles versées pendant le congé supplémentaire de naissance, » ;

c) Au septième alinéa, après les mots : « et d'adoption » sont ajoutés les mots : « ainsi que du congé supplémentaire de naissance ».

4° Après l'article 20-10-2, il est inséré un article 20-10-3 ainsi rédigé :

« Art. 20-10-3. – L'article L. 623-2 du code de la sécurité sociale et l'article L. 732-12-1-1 du code rural et de la pêche maritime relatifs aux indemnités journalières et allocations forfaitaires de naissance sont applicables à Mayotte. Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret. »

VIII. – Après l'article 10-7 de l'ordonnance 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans le Département de Mayotte, il est créé un article 10-8 ainsi rédigé :

« Art 10-8. – Le complément de libre choix du mode de garde n'est pas cumulable avec les indemnités journalières, les allocations forfaitaires ou les indemnités complémentaires de remplacement perçues durant le congé supplémentaire de naissance mentionnées aux 7°, 7° quater, 7° *sexies*, 7° *septies* et 7° *octies* de l'article 20-1 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 susvisée, lorsque ces prestations sont versées au titre du même enfant. »

IX. – Les articles L. 631-1, L. 631-3, L. 631-8 et L. 631-9 du code général de la fonction publique sont applicables aux agents des administrations parisiennes dans leur rédaction résultant de la présente loi.

X. – Le présent article est applicable pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1^{er} juillet 2027, ainsi qu'aux enfants nés avant cette date dont la naissance était supposée intervenir à compter de cette date.

Exposé des motifs

L'article vise à répondre à plusieurs enjeux tant démographiques que d'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes en répondant aux difficultés de conciliation entre vies professionnelle et familiale auxquelles sont confrontés les parents actifs.

Dans le contexte actuel de baisse de la natalité, il est proposé de créer au bénéfice de chacun des deux parents un congé supplémentaire de naissance indemnisé par la sécurité sociale, venant s'ajouter aux droits existants à congés maternité, paternité et d'adoption, dont la durée sera, au choix du parent, d'un mois ou de deux mois. Chaque parent pourra prendre le congé simultanément ou en alternance avec l'autre, d'où la possibilité d'ajouter jusqu'à quatre mois de garde parentale.

La mesure permettra aux parents de bénéficier d'un congé supplémentaire à leur congé de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ou leur congé d'adoption. Elle permettra dès lors la garde des nourrissons par leurs parents lors de leurs premiers mois de vie ou d'accueil au foyer et favorisera le partage des tâches parentales entre femmes et hommes dès l'arrivée de leur enfant.

Elle favorisera l'égalité entre les femmes et les hommes : en effet la prise du congé de paternité conduit les pères à davantage s'impliquer à long terme dans les tâches ménagères et la garde de leurs enfants, ce que permettra également ce nouveau congé supplémentaire de parentalité avec une indemnisation dégressive entre le premier et le second mois incitant plus fortement chacun des deux parents à solliciter au moins le premier mois. Elle constituera également un levier démographique en proposant une réponse concrète aux difficultés de conciliations entre vies professionnelles et familiales dans un contexte de tension sur l'offre de garde formelle, et finalement un levier de bien-être pour le développement de l'enfant au côté des parents dans la continuité de la stratégie des 1000 premiers jours.

Parallèlement, des travaux seront menés pour refondre plus globalement les congés parentaux, en s'interrogeant notamment sur le maintien de la Prépare, prestation de moins en moins utilisée par les parents puisque le nombre de bénéficiaires a été divisé par deux depuis sa création, et qui ne répond pas à ses objectifs en matière d'égalité femmes-hommes, et peut favoriser l'éloignement du marché du travail. Une évolution vers une durée plus faible ou une suppression de la Prépare reste cependant difficilement envisageable à court terme au vu des tensions qui pèsent aujourd'hui sur les modes de garde formels.

Article 43

Rationaliser et simplifier le cumul emploi retraite

I. – Le code des pensions civiles et militaires de retraite est ainsi modifié :

1° L'article L. 84 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 84.* – Sous réserve des dispositions du présent titre, les dispositions prévues aux articles L. 161-22 à L. 161-22-1-4 du code de la sécurité sociale s'appliquent à l'ensemble des personnes régies par le présent code. » ;

2° L'article L. 85 est abrogé ;

3° L'article L. 86 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 86. – Par dérogation au C du III de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale, le titulaire d'une pension militaire qui perçoit des revenus professionnels ou de remplacement de l'un des employeurs mentionnés à l'article L. 86-1 du présent code peut cumuler intégralement sa pension et ces revenus dans la limite d'un plafond annuel égal à la somme, pour l'année considérée, du tiers du montant brut de sa pension et de la moitié du minimum fixé au a de l'article L. 17 du même code. Lorsqu'un excédent est constaté, la pension est réduite à due concurrence.

« Par dérogation au premier alinéa, peut entièrement cumuler sa pension servie avec les revenus professionnels et de remplacement :

« 1° Le titulaire d'une pension militaire non officier rémunérant moins de vingt-cinq années de services et le titulaire d'une pension militaire, atteignant la limite d'âge du grade qu'ils détenaient en activité ou la limite de durée de services qui leur était applicable en activité, même dans le cas où sa pension se trouverait modifiée à la suite de services nouveaux effectués pendant un rappel à l'activité donnant lieu à promotion de grade ;

« 2° Le titulaire d'une pension ayant atteint, avant le 1^{er} janvier 2004, la limite d'âge qui lui était applicable dans son ancien emploi.

« Le bénéficiaire d'une pension militaire concerné par le régime de cumul prévu au premier alinéa est tenu de faire connaître annuellement au service qui lui verse sa pension le montant de ses revenus professionnels et de remplacement. » ;

4° Au premier alinéa de l'article L. 86-1, les mots : « deuxième alinéa de l'article L. 84 » sont remplacés par les mots : « premier alinéa de l'article L. 86 » ;

5° Au premier alinéa de l'article L. 92, la référence : « L. 85 » est remplacée par la référence : « L. 86 ».

II. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° Au 2° du II de l'article L. 254-1, les mots : « du premier alinéa du V » sont remplacés par les mots : « de l'avant-dernier alinéa » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 411-64, les mots : « du V » sont remplacés par les mots : « de l'avant-dernier alinéa » ;

3° L'article L. 732-39, dans sa rédaction issue de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025, est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 732-39. – Le service d'une pension de vieillesse, liquidée au titre du régime institué par le présent chapitre, est subordonné à la cessation définitive de l'activité non salariée agricole.

« Par dérogation à l'alinéa précédent, cette disposition n'est pas applicable aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole exerçant une activité donnant lieu à affiliation au régime de protection sociale des non-salariés agricoles sur le fondement du 2° du I de l'article L. 722-5 du présent code ou par application de coefficients d'équivalence fixés pour les productions hors sol mentionnés au 1° du même I et aux personnes mentionnées à l'article L. 321-5 et au 2° de l'article L. 722-10.

« L'arrêté mentionné à l'article L. 722-5-1 détermine, dans la limite maximale des deux cinquièmes de la surface minimale d'assujettissement, la superficie dont un agriculteur est autorisé à poursuivre l'exploitation ou la mise en valeur sans que cela fasse obstacle au service des prestations d'assurance vieillesse liquidées par un régime obligatoire.

« Les dispositions du présent article ne font pas obstacle à l'exercice des activités énumérées au B du I de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale. » ;

4° A l'article L 732-40, dans sa rédaction issue de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025, les deuxième et troisième alinéas sont supprimés ;

5° L'article L. 781-29, dans sa rédaction issue de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025, est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au premier alinéa, les articles L. 732-39 et L. 732-40 dans leur rédaction issue de la loi n° 2025-xxx du xxx xxx 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026 sont applicables aux assurés qui entrent en jouissance de leur première pension servie au titre du régime des non-salariés des professions agricoles à compter du 1^{er} janvier 2027. »

III. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° A l'article L. 161-17 :

a) Au III :

- à la première phrase du second alinéa, après les mots : « légalement obligatoires », sont insérés les mots : « , de base et complémentaires, » ;

- à la fin de la première phrase du second alinéa sont ajoutés les mots : « , à l'exclusion des nouveaux droits acquis au titre de l'article L. 161-22-1-1 ou de dispositions équivalentes applicables par les régimes de retraite complémentaires » ;

- la seconde phrase du second alinéa devient un troisième alinéa ;

b) Au IV, après la première phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée : « Cette estimation ne concerne pas les nouveaux droits acquis au titre de l'article L. 161-22-1-1 ou de dispositions équivalentes applicables par les régimes de retraite complémentaires. » ;

2° L'article L. 161-22 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 161-22. – I. – A. – Le service d'une pension de vieillesse, liquidée au titre d'un régime de retraite de base légalement obligatoire, et dont l'entrée en jouissance intervient à compter d'un âge fixé par décret, est subordonné :*

« 1° Pour les assurés exerçant une activité salariée, à la rupture du lien professionnel avec l'employeur ;

« 2° Pour les assurés relevant du régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles, à la cessation de l'activité non salariée agricole dans les conditions prévues aux articles L. 732-39 et L. 732-40 du code rural et de la pêche maritime ;

« 3° Pour les fonctionnaires civils et militaires, à la radiation des cadres prévue à l'article L. 3 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

« B. – La condition prévue au 1° du A du présent I n'est pas applicable aux assurés exerçant une des activités définies par décret en Conseil d'Etat et correspondant :

« 1° A des activités dont la nature, ou le caractère accessoire, ne permet ou ne justifie pas une rupture du lien avec l'employeur à la date de l'entrée en jouissance de la pension ;

« 2° A des activités pour lesquelles l'assuré est logé par son employeur ;

« 3° A des activités pour lesquelles il existe des difficultés de recrutement ;

« 4° A des activités d'intérêt général ou concourant à un service public.

« II. – Le service d'une pension de retraite personnelle liquidée au titre d'un régime d'assurance vieillesse de base est suspendu lorsque :

« 1° L'assuré reprend une activité non salariée agricole mentionnée au 2° du A du I ;

« 2° L'assuré, lorsqu'il a atteint l'âge prévu à l'article L. 161-17-2, reprend ou poursuit une activité sans être entré en jouissance de ses pensions de vieillesse personnelles auprès de la totalité des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales dont il a relevé.

« Pour l'application du 2° du présent II, la pension due par un régime de retraite légalement obligatoire dont l'âge d'ouverture des droits, le cas échéant sans minoration, est supérieur à l'âge prévu au même article L. 161-17-2 n'est pas retenue pour apprécier la condition de liquidation de l'ensemble des pensions de retraite, et ce jusqu'à ce que l'assuré ait atteint l'âge à partir duquel il peut demander l'entrée en jouissance de cette pension ou, en cas de minoration, l'âge auquel celle-ci prend fin.

« Les dispositions du 2° ne sont pas applicables à la pension servie par un des régimes mentionnés aux 1° à 5° de l'article L. 161-22-1-2 lorsqu'elle est servie aux assurés mentionnés aux mêmes 1° à 5°.

« III. – A. – Une pension de vieillesse personnelle servie au titre d'un régime légal ou rendu légalement obligatoire, de base ou complémentaire, peut être cumulée avec une activité professionnelle dans les conditions suivantes :

« 1° Lorsque l'âge de l'assuré est inférieur à l'âge prévu à l'article L. 161-17-2, la pension servie est réduite à due concurrence des revenus professionnels et de remplacement ;

« 2° Lorsque l'âge de l'assuré est au moins égal à l'âge prévu à l'article L. 161-17-2 et inférieur à celui prévu au 1° de l'article L. 351-8 et que les revenus professionnels et de

remplacement excèdent un seuil fixé par décret, la pension servie est réduite à due concurrence de la moitié du dépassement de ce seuil ;

« 3° Lorsque l'âge de l'assuré est au moins égal à l'âge prévu au 1° de l'article L. 351-8, la pension peut être entièrement cumulée avec les revenus professionnels et de remplacement.

« Pour l'assuré mentionné au 1° et au 2° du A du présent III qui perçoit des pensions de vieillesse de droits propres servies par plusieurs régimes de retraite de base et complémentaires, un décret détermine les modalités selon lesquelles la réduction prévue au 1° et au 2° du A est imputée à chaque pension en fonction des montants des pensions versées par chaque régime. Cette réduction est appliquée, par priorité, sur les pensions versées par les régimes de retraite de base. La somme des réductions imputée sur chaque pension ne peut excéder la réduction prévue au 1° et au 2° du A.

« Les revenus de remplacement pris en compte pour l'application du A du présent III sont les indemnités journalières prévues à l'article L. 321-1, l'indemnité complémentaire prévue à l'article L. 1226-1 du code du travail, les indemnités prévues au titre II du livre IV de la cinquième partie du même code, ainsi que les dispositions légales et réglementaires ayant le même objet déterminées par décret.

« B. – Les revenus professionnels et de remplacement perçus à l'occasion de l'exercice d'une activité d'intérêt général ou concourant à un service public ne sont pas pris en compte pour l'application des dispositions du A du présent III dans des conditions, notamment d'âge, de durée, de plafond ou de lieu d'exercice de l'activité professionnelle, fixées par décret en Conseil d'Etat.

« C. – Par dérogation au A, peuvent cumuler entièrement leur pension avec les revenus professionnels et de remplacement :

« 1° Les assurés mentionnés aux 1° à 5° de l'article L. 161-22-1-2 lorsque la pension est servie par ces mêmes régimes ;

« 2° Les fonctionnaires mentionnés à l'article L. 414-4 du code général de la fonction publique avec les revenus perçus à l'occasion de l'exercice d'une activité mentionnée à l'article L. 611-1 du code de la sécurité intérieure lorsque la pension est servie par le régime de la fonction publique d'Etat.

« IV. – Les dispositions du présent article ne sont pas applicables à l'assuré qui demande ou qui bénéficie d'une pension au titre d'une retraite progressive prévue par des dispositions législatives ou réglementaires, notamment par les articles L. 161-22-1-5 du présent code et L. 89 *bis* du code des pensions civiles et militaires de retraite.

« V. – Sauf disposition contraire, les dispositions d'application du présent article sont prises par décret. » ;

3° A l'article L. 161-22-1, le 2° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 2° Aux assurés remplissant les conditions leur permettant de cumuler entièrement le service de leur pension et les revenus tirés de l'exercice d'une activité professionnelle, prévues au 3° du A du III de l'article L. 161-22. » ;

4° Le dernier alinéa de l'article L. 161-22-1-1 est supprimé ;

5° L'article L. 161-22-1-2 est complété par un 4° et un 5° ainsi rédigés :

« 4° Des titulaires d'une pension militaire prévue à l'article L. 6 du code des pensions civiles et militaires de retraite ;

« 5° Des titulaires de pensions civiles et militaires ou d'une solde de réforme allouées pour invalidité. »

6° A l'article L. 161-22-1-4 :

a) Au premier alinéa les mots : « Les plafonds et seuils prévus à l'article L. 85 du code des pensions civiles et militaires de retraite ainsi qu'au deuxième alinéa de l'article L. 161-22 et au premier alinéa des articles L. 634-6 et L. 643-6 du présent code et le délai de reprise d'activité prévu au deuxième alinéa de l'article L. 161-22 et au 2° de l'article L. 161-22-1 peuvent être suspendus » sont remplacés par les mots : « Les dispositions du 2° du II ainsi que des 1° et 2° du A du III de l'article L. 161-22 peuvent être suspendues » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « les règles de plafond, de seuil ou de délai minimal de reprise d'activité, » sont remplacés par les mots : « les dispositions » ;

7° Les articles L. 634-6, L. 643-6 et L. 653-7 sont abrogés.

8° Au premier alinéa du I de l'article L. 642-4-2, les mots : « remplissant les conditions prévues aux troisième à avant-dernier alinéas de l'article L. 643-6 » sont remplacés par les mots : « relevant du 3° du A du III de l'article L. 161-22 » ;

9° A l'article L. 645-2, dans sa numérotation applicable avant l'entrée en vigueur de la présente loi, la référence : « L. 643-6 » est remplacée par la référence : « L. 161-22 ».

IV. – L'article L. 5552-38 du code des transports est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « du titre III du livre II du code des pensions civiles et militaires de retraite » sont remplacés par les mots : « des articles L.161-22 à L. 161-22-1-4 du code de la sécurité sociale » ;

2° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au C du III de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale, lorsque le titulaire d'une pension du régime de l'assurance vieillesse des marins perçoit des revenus d'activité, à compter de la liquidation de cette pension, et que ces revenus proviennent de l'un des employeurs mentionnés à l'article L. 86-1 du code des pensions civiles et militaires de retraite, le cumul de cette pension et des revenus d'activité est autorisé dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article L. 86 du même code. » ;

3° Au dernier alinéa :

a) Les mots : « Toutefois, le » sont remplacés par les mots : « Le deuxième alinéa n'est pas applicable au » ;

b) Les mots : « peut cumuler intégralement le montant de sa pension avec les émoluments correspondant à un nouvel emploi » sont supprimés.

V. – Le *e bis* du 1° de l'article 5 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon est remplacé par cinq alinéas ainsi rédigés :

« *e bis*) A l'article L. 161-22 :

« - au premier alinéa du A du I, les mots : « d'un régime de retraite de base légalement obligatoire » sont remplacés par les mots : « du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon ;

« - les 2° et 3° du A du I et le 1° du II ne sont pas applicables ;

« - au premier alinéa du A du III, après les mots : « servie au titre » sont insérés les mots : « du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon ainsi que, le cas échéant, » ;

« - à l'avant-dernier alinéa du A du III, après les mots : « propres servies par » sont insérés les mots : « le régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon ainsi que par » ; »

VI. – Au premier alinéa du I de l'article 6-1 de la loi n° 89-1007 du 31 décembre 1989 relative au corps des ingénieurs du contrôle de la navigation aérienne, les mots : « I de l'article L. 86 du code des pensions civiles et militaires de retraite » sont remplacés par les mots : « C du III de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale ».

VII. – L'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte est ainsi modifiée :

1° Le 1° de l'article 14-1 est remplacé par sept alinéas ainsi rédigés :

« 1° A l'article L. 161-22 :

« *a*) Au A du I :

« - au premier alinéa, les mots : « d'un régime de retraite de base légalement obligatoire » sont remplacés par les mots : « du régime d'assurance vieillesse applicable à Mayotte » ;

« - les 2° et 3° ne sont pas applicables ;

« *b*) Au II, le 1° n'est pas applicable ;

« *c*) Au A du III :

« - au premier alinéa, après les mots : « servie au titre » sont insérés les mots : « du régime d'assurance vieillesse applicable à Mayotte ainsi que, le cas échéant, » ;

« - les deux occurrences des mots : « à l'article L. 161-17-2 » sont remplacées par les mots : « au premier alinéa de l'article 6 de la présente ordonnance » ;

« - chaque occurrence des mots : « 1° de l'article L. 351-8 » est remplacée par les mots : « second alinéa de l'article 6 de la présente ordonnance » ;

« - à l'avant-dernier alinéa, après les mots : « propres servies par » sont insérés les mots : « le régime d'assurance vieillesse applicable à Mayotte ainsi que par ».

2° Au I *bis* de l'article 23-4 :

a) La référence : « L. 634-6 » est remplacée par la référence : « L. 161-22 » ;

b) Les mots : « sous réserve de l'adaptation suivante : Au premier alinéa, la référence : “ L. 631-1 ” est remplacée par les mots : “ 23-1 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte ”. » sont supprimés.

VIII. – Après le 2° du B du VIII de l'article 87 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025 dans sa rédaction issue de l'article 52 de la présente loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2026, il est inséré les dispositions suivantes :

« 4° Les articles L. 732-39 et L. 732-40 du code rural et de la pêche maritime dans leur rédaction issue de la loi du de financement de la sécurité sociale pour 2026 sont applicables aux assurés qui entrent en jouissance de leur première pension servie au titre du régime des non-salariés des professions agricoles à compter du 1^{er} janvier 2027. »

IX. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux assurés qui entrent en jouissance de leur première pension de vieillesse de base à compter du 1^{er} janvier 2027.

Par dérogation, ces dispositions ne sont pas applicables lorsque le titulaire de la pension est entré en jouissance, avant cette date, d'une autre pension de vieillesse de base à l'exception d'une pension liquidée au titre des 1° à 5° de l'article L. 161-22-1-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du présent article.

Exposé des motifs

Le cumul emploi-retraite fait partie des dispositifs de transition entre l'emploi et la retraite, qui permet à ceux qui le souhaitent de travailler après la liquidation de leur pension de retraite afin notamment d'améliorer leur revenu disponible. Ainsi, ce dispositif permet, après liquidation de la retraite, de reprendre ou de poursuivre une activité professionnelle en cumulant les revenus d'activité et de pension. Ce cumul pouvant être total (cumul emploi-retraite « intégral ») ou partiel si l'assuré ne bénéficie pas d'une pension liquidée au taux plein ou s'il n'a pas atteint l'âge légal (cumul emploi-retraite « plafonné »). Les évolutions du cumul emploi-retraite sur les vingt dernières années ont néanmoins conduit à complexifier le dispositif, limitant son usage par les assurés les moins avertis (souvent les plus précaires) et ont détourné le cumul-emploi retraite de son objectif premier : compléter le revenu des retraités modestes.

Cet article réforme le dispositif du cumul emploi-retraite afin de le simplifier pour faciliter son recours, de le mettre en cohérence avec l'objectif de report de l'âge effectif de départ à la

retraite et d'en faire un dispositif de complément de revenu accessoire ciblé sur les retraités les plus modestes.

Dans son rapport de mai 2025 intitulé « Le cumul emploi-retraite : un coût élevé, une cohérence à établir » la Cour des comptes fait le constat global de l'existence de paramètres incohérents avec l'objectif de report de l'âge effectif de départ à la retraite et d'une concurrence problématique du dispositif à l'égard de la surcote et de la retraite progressive. Elle recommande un dispositif simplifié, de nature à en améliorer la lisibilité et donc à favoriser le recours, différencié en fonction de l'âge, à savoir :

- Avant l'atteinte de l'âge d'ouverture des droits de droit commun (64 ans à terme), un écrêtement de la pension de retraite à hauteur de 100 % des revenus en cas de reprise d'activité et ce dès le premier euro, ce qui permettra de valoriser le dispositif de retraite progressive qui permet un cumul avantageux ;

- Entre l'âge d'ouverture des droits (64 ans à terme) et l'âge d'annulation de la décote (67 ans) : un cumul emploi-retraite partiel, prévoyant un écrêtement de la pension à hauteur de 50 % des revenus d'activité supérieurs à un seuil qui pourrait être fixé par décret à 7 000 euros de revenus d'activité par an ;

- Après l'âge d'annulation de la décote (67 ans) : un cumul intégral libre permettant la création de droit à une seconde pension.

La mesure reprend les recommandations de la Cour des comptes afin de simplifier le dispositif de cumul emploi-retraite en facilitant son appropriation par les bénéficiaires potentiels et de mieux l'articuler avec l'âge d'ouverture des droits et l'âge d'annulation de la décote, de sorte à limiter les incitations à des départs précoces. Ces recommandations de la Cour des comptes ont également été reprises par les partenaires sociaux réunis au sein de la délégation paritaire permanente dans l'optique de dégager des économies pour le système de retraite.

La mesure entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2027, pour les personnes partant en retraite après cette date.

Article 44

Stabiliser le montant des prestations sociales, dont les pensions

I. – Aux troisièmes alinéas des articles L. 1142-14 et L. 1142-17 du code de la santé publique, la référence : « L. 351-11 » est remplacée par la référence : « L. 341-6 ».

II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 168-4 de la sécurité sociale est complétée par les mots : « et revalorisé au 1^{er} avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25 » ;

2° Au dernier alinéa de l'article L. 531-2, les mots : « par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. Ils varient » sont supprimés ;

3° A la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 531-3, les mots : « par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale » sont supprimés ;

4° La seconde phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 543-1 est supprimée.

III. – A la fin de la seconde phrase du premier alinéa du II de l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999, les mots : « comme les avantages alloués en application du deuxième alinéa de l'article L. 322-4 du code du travail » sont remplacés par les mots : « au 1^{er} janvier de chaque année, par application du coefficient mentionné à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale ».

IV. – A titre exceptionnel et sans préjudice des dispositions de l'article L. 652-4 du code de la sécurité sociale, les pensions de retraite servies par les régimes obligatoires de base et leurs majorations, accessoires et suppléments sont revalorisés, au titre des années 2026 à 2030, d'un coefficient :

1° Egal à un pour l'année 2026 ;

2° Egal au coefficient mentionné à l'article L. 161-25 du même code minoré d'un coefficient égal à 0,004 pour les années 2027 à 2030, sans toutefois pouvoir être inférieur à un.

V. – A titre exceptionnel, les montants des prestations et indemnités, les rémunérations hors salaires et les plafonds de ressources dont les conditions de revalorisation sont définies par renvoi à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale, à l'exception des montants des prestations mentionnées au IV du présent article, du plafond de ressources mentionné à l'article L. 861-1 du même code et des rentes mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 1142-14 du code de la santé publique, ne sont pas revalorisés au titre de l'année 2026.

VI. – Par dérogation aux articles L. 168-9 et L. 544-6 et du code de la sécurité sociale, le montant des allocations mentionnées à ces articles n'est pas revalorisé au titre de l'année 2026.

VII. – Par dérogation aux articles L. 521-1, L. 522-2, L. 522-3, L. 531-2, L. 531-3, L. 543-1, L. 545-1, L. 755-16 et L. 755-16-1 du code de la sécurité sociale, les plafonds de ressources mentionnés à ces articles ne sont pas revalorisés au titre de l'année 2026.

VIII. – Pour l'application du barème mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 531-6 du code de la sécurité sociale, les plafonds de ressources ne sont pas revalorisés au titre de l'année 2026.

IX. – A. – Les dispositions du présent article sont applicables à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon.

B. – Par dérogation à l'article L. 5524-4 du code du travail, le taux de l'allocation de solidarité spécifique à Mayotte n'est pas revalorisé au titre de l'année 2026.

C. – Par dérogation aux articles 7-1, 7-2, 8 et 10-3 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans le Département de Mayotte, les plafonds de ressources mentionnés à ces articles ne sont pas revalorisés au titre de l'année 2026.

X. – Les dispositions des I à III entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2026.

Exposé des motifs

Le déficit public a progressé de 4,7% du produit intérieur brut (PIB) en 2022 à 5,4 % en 2023 et 5,8 % en 2024, ce qui nécessite des mesures de grande ampleur et un effort collectif pour retourner à moyen terme en dessous de 3% de déficit.

Au sein des dépenses publiques, les dépenses de prestations représentent une part prépondérante. Sans remettre en question le bénéfice ou porter atteinte aux droits acquis par les bénéficiaires de ces prestations, il est indispensable de freiner la progression de cette partie des dépenses, tirée à la hausse par des facteurs structurels (notamment le vieillissement de la population) et conjoncturels (l'inflation récente en particulier). Aussi, une mesure transversale de stabilisation est proposée pour l'ensemble des prestations. Leurs bénéficiaires réaliseront un effort d'ampleur modérée, mais dont l'effet global sera décisif pour freiner la dépense.

Parmi les prestations, les dépenses de retraite ont un poids majeur. Elles constituent 13,9 % du PIB en 2024 et 24,4 % des dépenses publiques. Le déficit de la branche vieillesse et du fonds de solidarité vieillesse s'est élevé à -4,5 milliards d'euros en 2024 et serait de -5,8 milliards d'euros en 2025. Cette situation s'explique en partie par la forte dynamique des pensions, tirées vers le haut par plusieurs années de forte inflation. Les revalorisations des pensions survenues entre 2021 et 2025 ont ainsi permis de préserver davantage le pouvoir d'achat des retraités que les hausses de salaire celui des actifs. Plus encore, dans un contexte de taux d'épargne élevé, les retraités ont vu leur taux d'épargne augmenter depuis 2022. Cette situation justifie de faire participer les retraités au rétablissement de l'équilibre des comptes publics, dans un contexte où la réforme des retraites de 2023 a fait peser l'ensemble des efforts sur les actifs.

Pour assurer la soutenabilité des dépenses publiques dans leur ensemble, il convient de freiner également l'évolution des autres prestations sociales indexées sur l'inflation. Cet effort transversal et collectif passe par une stabilisation de ces prestations en 2026, comme pour les retraites. Cet effort restera modéré au regard du ralentissement de l'inflation. En 2026, le maintien des prestations sociales, y compris pensions de retraite, à leur niveau de 2025 permettra donc une économie de 3,6 milliards d'euros dont 2,5 pour la sécurité sociale et 1,1 pour l'Etat.

Cette maîtrise des dépenses publiques se poursuivra jusqu'en 2030 s'agissant des pensions de retraite. En effet, malgré la réforme de 2023, la branche vieillesse reste structurellement déficitaire et – sans mesures de redressement – son déficit devrait continuer à se creuser dans les prochaines années. Au regard du niveau de vie relativement élevé de leurs bénéficiaires dans les comparaisons européennes et de l'augmentation de leur taux d'épargne ces dernières années, le comité de suivi des retraites recommande, dans son avis de 2025, d'agir prioritairement sur l'indexation des pensions dans les prochaines années pour compenser le déséquilibre structurel de la branche et revenir à l'équilibre d'ici 2030.

Il est ainsi prévu de freiner l'évolution des pensions entre 2027 et 2030, en minorant leur revalorisation de 0,4 point de pourcentage d'inflation. Cette mesure a été inspirée par les partenaires sociaux au sein de la délégation permanente chargée de formuler des propositions de retour à l'équilibre de notre système de retraite. Les partenaires sociaux, assurant le pilotage de l'AGIRC-ARRCO, ont d'ailleurs prévu une sous-indexation des pensions du régime de 0,4 point par rapport à l'inflation hors tabac pour les années 2024, 2025 et 2026 (ANI du 5 octobre 2023).

Cet effort demandé aux retraités permettra une économie de 3,8 milliards d'euros en 2027, puis de 4,9 milliards d'euros en 2028 et de 6,1 milliards d'euros en 2029 nets des effets CSG et

CASA pour l'ensemble du système de retraite, dont une partie pour le régime des fonctionnaires de l'Etat.

Article 45

Réduire les inégalités entre les femmes et les hommes à la retraite

I. – L'article L. 25 *bis* du code des pensions civiles et militaires de retraite est ainsi modifié :

1° À la première phrase, les mots : « et dans des conditions déterminés par décret et ont accompli » sont remplacés par les mots : « dans des conditions déterminées par décret et justifient d' » ;

2° La dernière phrase est supprimée ;

3° L'article est complété par cinq alinéas ainsi rédigés :

« Ce décret précise notamment les conditions dans lesquelles peuvent être réputés avoir donné lieu au versement de cotisations à la charge de l'assuré tout ou partie :

« 1° Des périodes de service national ;

« 2° Des périodes pendant lesquelles les fonctionnaires ont été placés en congé de maladie statutaire ainsi que des périodes comptées comme périodes d'assurance dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires au titre de la maladie, de la maternité et de l'incapacité temporaire ;

« 3° Des périodes d'assurance validées en application des articles L. 381-1 et L. 381-2 du code de la sécurité sociale et des périodes pendant lesquelles les fonctionnaires, les magistrats et les militaires vérifiaient les conditions d'affiliation à l'assurance vieillesse du régime général mentionnées aux mêmes articles L. 381-1 et L. 381-2, mais étaient affiliés à un régime spécial ;

« 4° Des trimestres de bonification ou de majoration de durée d'assurance attribués en application du *b* de l'article L. 12 et de l'article L. 12 *bis* du présent code, des articles L. 351-4 et L. 351-5 du code de la sécurité sociale ou de dispositions légales ou réglementaires ayant le même objet, applicables à des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse, selon les conditions propres à chacun de ces régimes. » ;

II. – L'article L. 781-29-1 du code rural et de la pêche maritime est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« S'agissant de la retraite anticipée pour carrière longue prévue à l'article L. 732-18-1, les droits à pension sont appréciés dans les conditions prévues à l'article L. 351-1-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la loi n° ... du ... de financement de la sécurité sociale pour 2026. »

III. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° A l'article L. 351-1-1 :

a) A la première phrase, les mots : « et dans des conditions déterminés par décret et ont accompli » sont remplacés par les mots : « dans des conditions déterminées par décret et justifient d' » ;

b) La dernière phrase est supprimée ;

c) L'article est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Ce décret précise notamment les conditions dans lesquelles peuvent être réputés avoir donné lieu au versement de cotisations à la charge de l'assuré tout ou partie :

« 1° De certaines périodes d'assurance validées en application de l'article L. 351-3 ou de dispositions légales ou réglementaires ayant le même objet, applicables à des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse, selon les conditions propres à chacun de ces régimes ;

« 2° Des périodes d'assurance validées en application des articles L. 381-1 et L. 381-2 et des périodes pendant lesquelles les fonctionnaires, les magistrats et les militaires vérifiaient les conditions d'affiliation à l'assurance vieillesse du régime général mentionnées aux mêmes articles L. 381-1 et L. 381-2, mais étaient affiliés à un régime spécial ;

« 3° Des trimestres de bonification ou de majoration de durée d'assurance attribués en application des articles L. 351-4 et L. 351-5 du présent code, du *b* de l'article L. 12 et de l'article L. 12 *bis* du code des pensions civiles et militaires de retraite ou de dispositions légales ou réglementaires ayant le même objet, applicables à des régimes obligatoires de base d'assurance vieillesse, selon les conditions propres à chacun de ces régimes. » ;

2° Le IX de l'article L. 351-4 est abrogé ;

3° Le II de l'article L. 643-3 est remplacé par les dispositions suivantes :

« II. – L'âge prévu au premier alinéa du I est abaissé dans les conditions définies à l'article L. 351-1-1, les références au régime général étant remplacées par celles au régime d'assurance vieillesse de base des professions libérales. » ;

4° Le II de l'article L. 653-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

« II. – L'âge prévu au premier alinéa du I est abaissé dans les conditions définies à l'article L. 351-1-1, les références au régime général étant remplacées par celles au régime d'assurance vieillesse de base des avocats. »

IV. – Après le troisième alinéa du B du VIII de l'article 87 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025, dans sa rédaction issue de l'article 48 de la loi n° ... du ... de financement de la sécurité sociale pour 2026, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« S'agissant de la retraite anticipée pour carrière longue prévue à l'article L. 732-18-1 du même code, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, les droits à pension sont appréciés, pour les pensions prenant effet à compter du 1^{er} septembre 2026, dans les conditions prévues à l'article L. 351-1-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la loi n° ... du ... de financement de la sécurité sociale pour 2026. »

V. – Les dispositions du présent article s’appliquent aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} septembre 2026.

Exposé des motifs

Reflet des inégalités salariales en cours de carrière, la pension moyenne des femmes ne représente aujourd’hui que 62% de celle des hommes (74% en tenant compte des pensions de réversion). Les droits familiaux et conjugaux de retraite visent à compenser pour partie ces écarts de pension, en complément de l’action que doivent mener les pouvoirs publics, la société civile et les milieux économiques en faveur d’une égalité des rémunérations dans le milieu du travail.

Le législateur a récemment fixé dans la loi un objectif de suppression des inégalités entre les sexes des montants de pensions liquidées à compter de 2050, avec une étape intermédiaire de résorption de moitié à horizon 2037.

Le premier facteur d’écart entre les niveaux de pensions des femmes et des hommes n’est plus la durée de carrière (qui est soutenue notamment par l’attribution des trimestres de majoration de durée d’assurance pour enfant), mais les inégalités de salaire au cours de la carrière. Ainsi, l’écart salarial (en équivalent temps plein) entre les femmes et les hommes est de 14,1% dans le secteur privé.

Par ailleurs, la réforme de 2023, avec notamment le relèvement en cours de l’âge d’ouverture des droits de 62 à 64 ans, a pour conséquence qu’une part plus importante des majorations de durée d’assurance est sans effet pour le calcul des droits à la retraite.

Les discussions sur les retraites du premier semestre de 2025 au sein de la délégation paritaire permanente ont permis de faire émerger deux sortes de mesures pour réduire les inégalités entre femmes et hommes :

- d’une part, la prise en compte des majorations de durée d’assurance pour enfant (maternité, éducation, adoption et congé parental) en tant que périodes réputées cotisées pour l’ouverture de droit à retraite anticipée pour carrière longue dans la limite de deux trimestres, prévue par le présent article, doit permettre d’accroître l’utilité de ces trimestres. Cette mesure de niveau législatif entrera en vigueur à compter de septembre 2026 et permettra à 3 % des femmes nées en 1970 de bénéficier d’une anticipation de départ en retraite. Cette mesure s’inscrit dans la continuité de la mesure de la réforme des retraites de 2023 qui prévoit la prise en compte de quatre trimestres au titre de l’assurance vieillesse des parents au foyer et de l’assurance vieillesse des aidants dans le dispositif de retraite anticipée pour carrière longue ;

- d’autre part, la prise en compte du nombre d’enfant des assurées des régimes alignés (régime des salariés du privé, des travailleurs indépendants, des salariés agricoles), du régime des non-salariés agricoles et du régime des cultes (bénéficiaires de trimestres de majoration de durée d’assurance) pour le calcul de leur salaire annuel moyen, en établissant ce salaire de référence sur la base des 24 meilleures années de carrière pour les mères d’un enfant, et des 23 meilleures années de carrière pour les mères de deux enfants et plus. Cette mesure, qui sera prise par voie réglementaire, entrera en vigueur pour les départs en retraite intervenant à compter de 2026.

TITRE II
**DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DEPENSES DES BRANCHES ET DES
ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES REGIMES
OBLIGATOIRES**

Article 46

Dotation de l'assurance maladie au Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé et de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux agences régionales de santé

I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé mentionnée à l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est fixé à 401 millions d'euros pour l'année 2026.

II. – Le montant de la contribution de la branche mentionnée au 5° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 190 millions d'euros pour l'année 2026.

Exposé des motifs

Depuis sa création en 2021, le Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé est le vecteur principal de financement du volet « investissements » du Ségur de la santé pour les volets sanitaire et, dans une moindre mesure, numérique. Ce fonds permet également le financement d'autres actions relatives à l'accompagnement de l'investissement, hors Ségur. La gestion est confiée à la Caisse des dépôts et consignations.

La présente mesure fixe à 190 millions d'euros le montant de la contribution de la branche autonomie aux agences régionales de santé au titre de l'exercice 2026 pour financer des dispositifs d'accès aux droits, de coordination des interventions et d'appui aux politiques de soutien à la perte d'autonomie.

Article 47

Dotation aux opérateurs financés par le 6^{ème} sous-objectif

I. - Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionnée à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 202,20 millions d'euros pour l'année 2026.

II. - Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Agence nationale de santé publique mentionnée à l'article L. 1413-1 du code de la santé publique est fixé à 395,54 millions d'euros pour l'année 2026.

III. - Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Agence de biomédecine mentionnée à l'article L. 1418-1 du code de la santé publique est fixé à 56,27 millions d'euros pour l'année 2026.

IV. - Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé mentionnée à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique est fixé à 143,69 millions d'euros pour l'année 2026.

V. - Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de la Haute Autorité de santé mentionnée à l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est fixé à 69,97 millions d'euros pour l'année 2026.

VI. - Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement du groupement d'intérêt public Agence du numérique en santé prévue à l'article L. 1111-24 du code de la santé publique est fixé à 115,80 millions d'euros pour l'année 2026.

VII. - Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Etablissement français du sang prévue à l'article L. 1222-8 du code de la santé publique est fixé à 108,40 millions d'euros pour l'année 2026.

VIII. - Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Ecole des hautes études en santé publique prévue à l'article L. 756-2-1 du code de l'éducation est fixé à 44,76 millions d'euros pour l'année 2026.

IX. - Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux prévue à l'article L. 6113-10-2 du code de la santé publique est fixé à 19,45 millions d'euros pour l'année 2026.

X. - Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation prévue au 2° du I de l'article 4 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale est fixé à 11,74 millions d'euros pour l'année 2026.

XI. - Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement du Centre national de gestion prévue à l'article L. 453-5 du code général de la fonction publique est fixé à un maximum de 43,55 millions d'euros pour l'année 2026.

XII. - Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement de l'Agence nationale du développement professionnel continu prévue à l'article L. 4021-6 du code de la santé publique est fixé à un maximum de 225,14 millions d'euros pour l'année 2026.

XIII. - Les montants des dotations octroyées aux entités mentionnées aux I à XI peuvent être complétés par le versement de sommes fixées par arrêté du ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale dans le respect d'un plafond correspondant à la réalisation du sixième sous-objectif de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article 52.

Exposé des motifs

L'article 95 de la LFSS pour 2025 a modifié les dispositions relatives au financement d'opérateurs recevant la contribution des régimes obligatoires de base d'assurance maladie pour en fixer les montants dans la loi annuellement. Le présent article vise à fixer le montant de la contribution des régimes obligatoires de base pour ces opérateurs pour l'année 2026.

L'enveloppe allouée aux opérateurs financés par le 6^{ème} sous-objectif prévoit une hausse des dotations, de l'ordre de 55 millions d'euros, par rapport à 2025, en intégrant les économies à hauteur de 18 millions d'euros tout en permettant le financement de mesures nouvelles à hauteur de 74 millions d'euros. Ces mesures nouvelles sont liées à des besoins incompressibles, comme l'acquisition de stocks stratégiques par Santé publique France, ainsi qu'à des priorités politiques à l'instar de la lutte contre les pénuries de médicaments par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ou encore la mise en place du registre Rein par l'Agence de la biomédecine afin de mieux prévenir l'aggravation des maladies rénales chroniques.

Article 48

Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

Pour l'année 2026, l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès est fixé à 267,5 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Exposé des motifs

La progression des dépenses de la branche maladie évolue pour l'essentiel comme l'ONDAM, dont la progression est décrite à l'article suivant.

Article 49

ONDAM et sous-objectifs de l'ONDAM

Pour l'année 2026, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

(en milliards d'euros)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	114,9
Dépenses relatives aux établissements de santé	111,8
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	18,2
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	16
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et soutien à l'investissement	6,2
Autres prises en charge	3,3
Total	270,4

Exposé des motifs

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour 2026 est fixé à 270,4 milliards d'euros, soit une évolution de +1,6 % par rapport à 2025 à champ constant. Cette progression intègre notamment le financement de la montée en charge des revalorisations accordées dans le cadre de la convention médicale signée en juin 2024 et la compensation aux établissements sanitaires et médico-sociaux de la hausse du taux des cotisations dues par les employeurs à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales. La totalité des mesures nouvelles prévues représente 2,5 milliards d'euros.

Le respect de cet objectif repose sur les mesures de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude ainsi que sur des mesures d'économies portées à 7,1 milliards d'euros comprenant des mesures de régulation, notamment sur les produits de santé, et les indemnités journalières, ainsi que des mesures de transfert de la dépense et des mesures destinées à renforcer l'efficacité des soins dispensés en établissements de santé et médico-sociaux.

Article 50

Dotation au FIVA, au FCAATA, transfert compensation sous-déclaration ATMP et dépenses engendrées par les dispositifs de prise en compte de la pénibilité

I.- Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixé à 387 millions d'euros au titre de l'année 2026.

II.- Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est fixé à 374 millions d'euros au titre de l'année 2026.

III.- Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 1,6 milliard d'euros au titre de l'année 2026.

IV.- Les montants mentionnés aux articles L. 242-5 du code de la sécurité sociale et L. 751-13-1 du code rural et de la pêche maritime couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 du code de la sécurité sociale et les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif mentionné à l'article L. 4163-1 du code du travail sont respectivement fixés à 223 millions d'euros et 13,79 millions d'euros pour l'année 2026.

Exposé des motifs

Le présent article a pour objet de fixer les montants des dotations versées par la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP) du régime général au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), à la branche maladie du régime général au titre de la sous-déclaration des AT-MP, ainsi que le montant correspondant aux dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente et par le compte professionnel de prévention.

S'agissant du FIVA, dont les dépenses ont fortement progressé depuis 2023, il est anticipé en 2026 la poursuite du ralentissement de la progression du nombre de demandes d'indemnisation liées à des demandes spontanées (-4 %), qui serait toutefois compensé par la mise en œuvre des démarches de lutte contre le non-recours que le FIVA pourra déployer après publication du décret d'application de l'article 89 de la LFSS pour 2024. La combinaison de ces deux effets conduirait à une hausse de la demande globale de 4,7 %. Les dépenses d'indemnisation prévisionnelles du FIVA s'élèveraient ainsi à 449 millions d'euros en 2026. Compte tenu d'une dotation de l'État maintenue à hauteur de 8 millions, des autres produits du fonds et du niveau prévisionnel de son fonds de roulement à la fin d'année 2025, il est proposé de fixer la dotation de la branche AT-MP à 387 millions d'euros pour 2026.

Concernant le FCAATA, après une hausse des dépenses du fonds observée en 2024 et dans une moindre mesure en 2025, celles-ci se replieraient en 2026 (-1,3%). En tenant compte de la mesure de gel des prestations, la prestation d'ACAATA brute moyenne serait en hausse de 1,5%, tirée exclusivement par un effet pension moyenne attendu de +1,5%, les effectifs quant à eux diminueraient faiblement (-0,4%). En parallèle, la compensation à la CNAV des départs dérogatoires à la retraite poursuivrait sa décrue (-17,4%). Dans ce contexte, marqué en 2025 par un retour du fonds à un résultat cumulé excédentaire (à hauteur de 14 M€), il est proposé de fixer la dotation 2026 de la branche AT-MP à hauteur de 374 millions d'euros afin d'assurer l'équilibre financier du fonds.

En outre, un transfert de la branche AT-MP vers la branche maladie est prévu à hauteur de 1,6 milliard d'euros, en raison de la sous-déclaration des accidents du travail. Cette sous-déclaration est évaluée par une commission d'évaluation qui a évalué en 2024 le montant de la sous-déclaration des AT-MP, sur la base des données scientifiques et épidémiologiques les plus récentes, dans une fourchette comprise entre 2 Md€ et 3,8 milliards d'euros. La LFSS pour 2025 a fixé le montant du versement annuel de branche AT/MP au titre de la sous-déclaration à 1,6 milliards d'euros. Il est proposé de reconduire ce montant pour le PLFSS pour 2026. Le montant du transfert vers la branche maladie augmentera par la suite progressivement pour atteindre la fourchette basse de l'estimation de la commission, soit 2 milliards d'euros, en PLFSS pour 2027, date de la tenue de la prochaine commission.

Enfin, en application de l'ordonnance n° 2017-1389 du 22 septembre 2017 relative à la prévention et à la prise en compte des effets de l'exposition à certains facteurs de risques professionnels et au compte professionnel de prévention, la LFSS détermine le montant couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par le dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente et les dépenses supplémentaires engendrées par le compte professionnel de prévention. Le montant total des dépenses au titre des deux dispositifs est évalué pour la branche AT-MP du régime général à 223 millions d'euros en 2026 : 157 millions d'euros au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente, 66 millions d'euros au titre du compte professionnel de prévention. Le montant total des dépenses au titre des deux dispositifs est évalué pour la branche AT-MP du régime des salariés agricoles à 13,79 millions d'euros en 2025, correspondant à 13,29 millions d'euros au titre de la retraite anticipée pour incapacité permanente et à 0,5 million d'euros au titre du compte professionnel de prévention.

Article 51

Objectif de dépense de la branche AT-MP

Pour l'année 2026, l'objectif de dépenses de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles est fixé à 18,0 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Exposé des motifs

L'objectif de dépense de la branche accidents du travail et maladies professionnelles des régimes obligatoires de base est fixé à 18,0 milliards d'euros, soit une hausse de 0,5 milliard d'euros (+ 3,3 %) par rapport à 2025. Ces dépenses sont tirées vers le haut principalement par les dépenses d'indemnités journalières, dont la hausse spontanée est évaluée à +8 % en 2026.

Article 52

Objectif de dépenses de la branche vieillesse

Pour l'année 2026, l'objectif de dépenses de la branche vieillesse est fixé à 307,4 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Exposé des motifs

Les dépenses d'assurance vieillesse des régimes obligatoires de base de sécurité sociale progressent de 1,3 % entre 2025 et 2026, freinées par la mesure de gel des pensions de retraite portée par le présent PLFSS ainsi que par la montée en charge des effets de la réforme des retraites de 2023. Sont également intégrés les effets des autres mesures du présent PLFSS en matière de retraite.

Article 53

Objectif de dépenses de la branche famille

Pour l'année 2026, l'objectif de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale est fixé à 59,4 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Les dépenses de la branche famille sont presque stables entre 2025 et 2026 (+0,1%), modérées par la mesure de gel des prestations portée par le présent PLFSS. La montée en charge de la réforme du complément de libre choix du mode de garde, entrée en vigueur en septembre 2025, représente un coût de 0,65 milliard d'euros en 2026.

Article 54

Objectif de dépenses de la branche autonomie

Pour l'année 2026, l'objectif de dépenses de la branche autonomie de la sécurité sociale est fixé à 43,5 milliards d'euros.

Exposé des motifs

L'objectif de dépenses pour 2026 de la branche autonomie est fixé à 43,5 milliards d'euros, en augmentation de 3,5% par rapport à 2025. Cette croissance reflète celle des dépenses sous objectif global de dépenses retracées dans l'ONDAM, mais également celle des financements de la CNSA aux départements avec notamment le maintien de la couverture des dépenses départementales pour les prestations d'allocation personnalisées d'autonomie et de compensation du handicap à hauteur du taux de couverture 2024 ainsi qu'une amélioration du financement de l'habitat intermédiaire (0,3 Md€ pour ces deux mesures, en tenant compte par ailleurs des mesures de maîtrise de la dépense d'APA et de PCH qui seront portées par voie réglementaire).

ANNEXE

**RAPPORT DECRIVANT LES PREVISIONS DE RECETTES ET LES OBJECTIFS DE
DEPENSES PAR BRANCHE DES REGIMES OBLIGATOIRES DE BASE DE SECURITE
SOCIALE, AINSI QUE L'OBJECTIF NATIONAL DES DEPENSES D'ASSURANCE
MALADIE POUR LES ANNEES 2026 A 2029**

Le solde des régimes obligatoires de base de sécurité sociale a connu une dégradation sans précédent en 2020 et a atteint le niveau de - 39,7 milliards d'euros sous l'effet des dépenses occasionnées par la crise sanitaire et de la récession qui l'a suivie. Il s'est redressé en 2021 à - 24,3 milliards d'euros en raison de la reprise progressive de l'activité. L'amélioration s'est poursuivie en 2022, le solde atteignant alors - 19,7 milliards d'euros, à la faveur d'un recul important des dépenses liées à la Covid19 mais dans un contexte marqué par le début d'une forte reprise de l'inflation, puis de nouveau en 2023, année au titre de laquelle le déficit s'est réduit à 10,8 milliards d'euros, avec notamment l'extinction des dépenses liées à la crise sanitaire. Le déficit s'est ensuite de nouveau accru en 2024 (15,3 milliards d'euros) en raison des effets asymétriques de l'inflation : les prestations légales ont ainsi été revalorisées en lien avec l'inflation encore élevée de l'année précédente (4,8 % en 2023 au sens de l'indice des prix à la consommation hors tabac en moyenne annuelle), les dépenses nettes relevant du champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) ayant pour leur part progressé de 3,5%, tandis que les recettes répondaient de manière contemporaine à l'inflation, qui a reflué à 1,8 % en 2024.

Le déficit s'accroîtra de nouveau en 2025 (-23,0 milliards d'euros selon les prévisions actualisées figurant dans la présente loi), en raison de la poursuite de la diminution de l'inflation, qui pourrait s'établir à 1,0 % en 2025, contribuant au ralentissement de la masse salariale du secteur privé (+ 1,8%), déterminant macroéconomique majeur de l'évolution des recettes, tandis que les dépenses devraient être encore tirées vers le haut par les effets de l'inflation passée de 2024 *via* les revalorisations légales des prestations sociales, principalement en ce qui concerne les pensions de retraite (+ 2,2 %), et des dépenses relevant du champ de l'ONDAM dynamiques.

D'ici 2029, en tenant compte de l'ensemble des mesures d'économie de la présente loi, le déficit atteindrait 17,9 milliards d'euros : la progression des dépenses resterait tendanciellement forte malgré la montée en charge des mesures d'économies passées tandis que celle des recettes suffirait à peine à stabiliser le déficit. La branche maladie concentrerait l'essentiel du déficit à moyen terme, notamment du fait de la progression structurelle de ses dépenses.

I. – La loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 s'inscrit dans un contexte macro-économique de faible croissance et de faible inflation

L'hypothèse de croissance du produit intérieur brut (PIB) retenue pour 2026 est de 1,0 %, après une évolution de 0,7 % en 2025. À moyen terme, la croissance réelle du PIB atteindrait 1,3 % par an en 2028 et 2029. L'inflation serait faible en 2025 (1,0 % au sens de l'indice des prix à la consommation hors tabac en moyenne annuelle) et augmenterait légèrement en 2026 (1,3 %) pour se stabiliser à 1,75 % à compter de 2027. La masse salariale du secteur privé progresserait de 1,8 % en 2025 et de 2,3 % en 2026, puis continuerait d'accélérer pour atteindre 3,2 % en 2029.

Le tableau ci-dessous détaille les principales hypothèses d'évolutions retenues pour l'élaboration des prévisions de recettes et des objectifs de dépenses décrits dans la présente annexe :

	2024	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)	2029 (p)
PIB en volume	1,1 %	0,7 %	1,0 %	1,2 %	1,3 %	1,3 %
Masse salariale du secteur privé *	3,3 %	1,8 %	2,3 %	3,0 %	3,1 %	3,2 %
Inflation hors tabac	1,8 %	1,0 %	1,3 %	1,75 %	1,75 %	1,75 %
Revalorisations au 1 ^{er} janvier en moyenne annuelle**	5,3 %	2,2 %	0,0 %	0,9 %	1,3 %	1,4 %
Revalorisations au 1 ^{er} avril en moyenne annuelle **	3,9 %	2,4 %	0,4 %	1,1 %	1,7 %	1,8 %
ONDAM ***	3,3 %	3,6 %	1,6 %	2,9 %	2,9 %	2,9 %

* Masse salariale du secteur privé hors prime exceptionnelle de pouvoir d'achat et prime de partage de la valeur ajoutée. En incluant ces éléments de rémunération, la progression de la masse salariale s'est élevée à 2,8 % en 2024. En 2025, la prime de partage de la valeur ajoutée se stabiliserait à un niveau proche de son niveau de 2024, malgré son assujettissement à certains prélèvements sociaux, si bien qu'il n'y a pas de déformation attendue à ce titre.

** Évolutions incluant, pour l'année 2026, les effets en moyenne annuelle du gel de l'ensemble des prestations sociales. A partir de 2027, les évolutions incluent la sous-indexation des pensions de retraite de base de 0,4 %.

*** Evolution de l'ONDAM, y compris dépenses de crise sanitaire. Sans prise en compte de ces dépenses, l'évolution de l'ONDAM est de 3,5 % en 2024.

Par rapport au niveau prévu pour 2025, qui est maintenu au même niveau que celui fixé par la loi de financement initiale (265,9 milliards d'euros), notamment par la décision de mobiliser l'ensemble des crédits mis en réserve, suite à l'alerte pour risque sérieux de dépassement déclenchée par le comité d'alerte en juin dernier, l'ONDAM fixé pour 2026 évolue de +1,6 %. Il tient compte de mesures d'économie portant à la fois sur les dépenses au titre des soins de ville, des produits de santé et des établissements sanitaires et médico-sociaux, ainsi que des mesures nouvelles.

La trajectoire financière de la branche vieillesse des régimes de retraite de base intègre, pour l'année 2026, les effets de la mesure de gel de l'ensemble des prestations de retraite de base puis, à partir de 2027, l'effet d'une sous-indexation chaque année de 0,4 point de la revalorisation légale de ces mêmes prestations, en accord avec la piste évoquée entre les partenaires sociaux dans le cadre de la délégation paritaire permanente pour redresser le solde du système de retraites. La trajectoire retient également plusieurs mesures discutées au printemps dernier dans le cadre de cette délégation. Outre la réforme du dispositif de cumul emploi-retraite (représentant une économie de 0,2 milliard d'euros en 2027 et qui sera croissante au-delà) et la prise en compte jusqu'à deux trimestres de majorations de durée d'assurance pour enfant pour faciliter le départ anticipé des parents (pour un coût de 0,2 milliard d'euros en 2027), une mesure sera prise par voie réglementaire conformément à l'intention dont il a été fait part aux partenaires sociaux : la réduction du nombre d'années retenues dans le calcul du salaire annuel moyen qui sert de base aux calculs des pensions pour les parents bénéficiant de majorations de durée d'assurance pour enfant (pour un coût annuel de 0,1 milliard d'euros à compter de 2028). La trajectoire intègre, par ailleurs, les effets des mesures de la loi du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 prévoyant le relèvement progressif de l'âge d'ouverture des droits de 62 ans à 64 ans, au rythme d'un trimestre par génération à compter du 1^{er} septembre 2023, et une accélération du rythme de montée en charge de la durée d'assurance requise pour le bénéfice d'une pension à taux plein, au rythme d'un trimestre par génération. Les économies réalisées du fait de la réforme des retraites sur le régime des fonctionnaires de l'Etat sont par ailleurs attribuées chaque année au régime général de l'assurance vieillesse via la modification de la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale. La trajectoire de la branche vieillesse intègre également les effets des mesures d'accompagnement de la réforme et des hausses des taux des cotisations d'assurance vieillesse

dues par les employeurs privés et par les employeurs territoriaux et hospitaliers (à hauteur, pour ces derniers, de 3 points par an de 2025 à 2028, soit l'équivalent 1,8 milliard d'euros sur chacune de ces années).

La trajectoire financière de la branche famille tient notamment compte, pour 2026, de l'effet du gel des prestations familiales. Cette trajectoire est également améliorée dès 2026 par l'effet du décalage de 14 à 18 ans de la majoration pour âge des allocations familiales (pour une économie de 0,2 milliard d'euros en 2026 et croissante jusqu'en 2029). Elle intègre aussi, sur un horizon pluriannuel, la mise en place en 2027 d'un congé supplémentaire de naissance ainsi que les effets de la réforme du service public de la petite enfance et de celle du complément de libre choix du mode de garde adoptée dans la loi du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023. En outre, cette trajectoire prévoit, dès 2026, la réaffectation d'une partie de la CSG prélevée sur les revenus de remplacement et affectée jusqu'ici à la branche famille vers la branche maladie et, à compter de 2027 et de façon conventionnelle, vers la branche autonomie. Ces réaffectations, qui n'empêcheront pas que l'excédent de la branche famille continue de progresser sur la période, visent, notamment, à tenir compte de la déformation du solde de ces branches en raison du dynamisme de leurs dépenses et de la structure de l'assiette de leurs financements respectifs.

La trajectoire financière de la branche autonomie repose, outre ce qui est indiqué ci-dessus pour ses recettes, à compter de 2027, s'agissant de la CSG sur les revenus de remplacement, sur une progression de ses dépenses de 3,5 % en 2026, dont 2,4 % à champ constant pour la part relevant, au titre des frais de fonctionnement des établissements et services sociaux et médico-sociaux, de l'objectif global des dépenses (OGD) (dont 2,4 % dans le champ des personnes âgées et 2,5 % dans le champ du handicap), permettant notamment de financer l'accroissement de l'offre médico-sociale face aux besoins démographiques.

S'agissant des dépenses hors du champ de l'OGD (d'un montant de 9,3 milliards d'euros, en progression de 3 % par rapport à l'année précédente) la trajectoire tire les conséquences financières des réformes de fusion des concours de la branche aux départements d'une part et de fusion des sections « soins » et « dépendance » des établissements médico-sociaux conduite à titre d'expérimentation dans 23 départements d'autre part. Les concours versés par la branche aux départements atteindraient ainsi 6,2 milliards d'euros en 2026 après 6,0 milliards d'euros en 2025. La réforme des concours aux départements en modifie en effet le mode de calcul et contribue à en augmenter les montants à hauteur de 0,3 milliard d'euros en 2026, l'effet en année pleine de la fusion des sections jouant en sens inverse, à hauteur de 100 millions d'euros nets en 2026 (125 millions d'euros pour les départements expérimentateurs et - 25 millions pour les autres départements au titre des dépenses liées aux résidents originaires d'un département non-expérimentateur et accueillis dans un établissement situé dans un département expérimentateur). Au total, les concours aux départements atteindraient 6,2 milliards d'euros en 2026, marquant plus qu'un doublement par rapport à 2019 à périmètre courant.

II. – Les mesures adoptées conduiraient à contenir la progression des déficits des régimes de base

A. – En ce qui concerne la situation globale des régimes de base

Le solde global pour l'année 2026 atteindrait - 17,4 milliards d'euros, en amélioration de 5,6 milliards d'euros par rapport à 2025 sous l'effet de la légère augmentation attendue de l'inflation (+ 1,3 % après + 1,0 % en 2025), dont l'impact serait positif sur la dynamique de la

masse salariale (+ 2,3 % après + 1,8 % en 2025) et des recettes. Celles-ci croîtraient de 2,5 %, soutenues par la hausse de la masse salariale du secteur privé et par les mesures de la loi de financement de la sécurité sociale et de la loi de finances : une rationalisation des niches sociales applicables aux compléments de salaires pour un rendement de 1 milliard d'euros nets, une participation des organismes complémentaires de 1,0 milliard d'euros et le transfert par l'Etat à la sécurité sociale du rendement de la fiscalisation des indemnités journalières versées en cas de maladie au titre des affections de longue durée, auxquelles s'ajoute la nouvelle hausse de 3 points du taux des cotisations dues par les employeurs à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités territoriales (CNRACL). En regard, les dépenses globales progresseraient à un rythme modéré (évolution de + 1,6 %) sous l'effet notamment de la mesure de gel de l'ensemble des prestations et des pensions de retraite prévue par la présente loi et de la modération de la progression des dépenses d'assurance maladie puisque l'ONDAM progresserait de 1,6 %, après 3,6 % en 2025. La hausse des dépenses des régimes obligatoires en 2026 représenterait toutefois 10,8 milliards d'euros, dont 5,2 milliards au titre des dépenses maladie.

À l'horizon 2029, la progression du déficit serait contenue sous l'effet d'une progression de l'ONDAM inférieure à 3 %, selon la même hypothèse que celle sous-jacente, pour les années 2026 et 2027, à la dernière loi de programmation des finances publiques, et de la montée en charge des mesures prévues par la présente loi, notamment la sous-indexation de 0,4 point chaque année des pensions de retraite de base, la montée en charge progressive du décalage de 14 à 18 ans de la majoration pour âge des allocations familiales et la réforme du dispositif du cumul emploi-retraite (CER). Cette trajectoire intègre également la poursuite de la montée en charge des effets de mesures décidées précédemment, notamment celles de la réforme des retraites, deux nouvelles hausses de trois points du taux de cotisation à la CNRACL pour les années 2027 et 2028 et enfin l'impact favorable de l'extinction progressive de la déduction forfaitaire spécifique de l'assiette des cotisations dues au titre de l'emploi des salariés dans certains secteurs. Elle intègre aussi l'impact défavorable pour les régimes de base (de la réforme de l'assiette de prélèvements des travailleurs indépendants (contrepartie d'un effet en sens contraire et donc favorable pour les régimes complémentaires, conformément à l'objectif d'accroître les droits contributifs des travailleurs indépendants, étant précisé que ces effets sont doublés en 2026 en raison de la comptabilisation de la régularisation des cotisations au titre de 2025 et de la prise en compte de la mesure dans les cotisations provisionnelles de l'année en cours) et la progression du coût du congé supplémentaire de naissance. Elle prend enfin en compte une hausse du rendement des efforts de lutte contre la fraude, qui dépasserait 1 milliard d'euros à l'horizon 2029. Dans ces conditions, le déficit des régimes de base de sécurité sociale atteindrait 18,3 milliards d'euros à l'horizon 2029.

B. – En ce qui concerne la situation par branches

En 2026, le déficit de la branche maladie, maternité, invalidité et décès serait en amélioration, s'établissant à 12,5 milliards d'euros (après 13,8 milliards d'euros en 2024 et 17,2 milliards d'euros en 2025) sous l'effet des mesures d'économies portant sur l'ONDAM et de la réaffectation de la CSG assise sur les revenus de remplacement en provenance de la branche famille. À l'horizon 2029, le déficit se recreuserait progressivement pour atteindre 16,1 milliards d'euros. Les charges financières liées à l'accumulation des déficits augmenteraient de 0,5 milliard en 2025 à 2,3 milliards d'euros en 2029.

Le solde de la branche autonomie, qui avait connu un excédent ponctuel de 1,3 milliard d'euros en 2024 puis une dégradation devant la conduire à un déficit de 0,3 milliard d'euros en 2025, se creuserait fortement pour atteindre - 1,7 milliard d'euros en 2026 en raison du dynamisme des dépenses – et notamment des transferts vers les départements – et des effets de la réforme de

l'assiette des travailleurs indépendants sur les prélèvements non contributifs qu'ils acquittent, dont la CSG affectée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). Son déficit se stabiliserait les années suivantes en raison de l'affectation, à titre conventionnel, d'une fraction supplémentaire de CSG prélevée sur les revenus de remplacement en provenance de la branche famille. Cette trajectoire tient par ailleurs compte de la création de 50 000 postes en EHPAD à l'horizon 2030, de la mise en place, à ce même horizon, de 50 000 solutions nouvelles pour les personnes en situation de handicap et leurs proches ainsi que de la mise en œuvre des réformes de fusion des concours aux départements et, dans 23 départements, de fusion des sections « soins » et « dépendance » des Ehpad.

Le déficit de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), qui devrait devenir déficitaire en 2025 du fait du dynamisme des prestations, notamment d'indemnités journalières, relevant du champ de l'ONDAM, atteindrait 1 milliard d'euros en 2026 du fait notamment de la baisse du taux de cotisations prévu par la réforme des retraites en contrepartie de la hausse de celles de la branche vieillesse, pour 0,7 milliard d'euros, et d'une progression toujours dynamique du coût des indemnités journalières. La branche AT-MP ayant vocation plus directe à l'équilibre, cette tendance dégradée pourrait cependant être corrigée en partie par un effort de retour à l'équilibre, avec des leviers à identifier. Par ailleurs, en 2027, la branche devra financer la réévaluation à la hausse du coût de la sous déclaration en application du rapport remis au Parlement à l'été 2024, portant le transfert de 1,2 milliard d'euros en 2024 à 2,0 milliards d'euros d'ici 2027. Le déficit de la branche atteindrait ainsi 1,4 milliard d'euros sur cette dernière année.

En 2026, la branche vieillesse, dont le solde est d'une part directement affecté par l'augmentation de la taille des générations qui partent à la retraite mais bénéficiera de la hausse progressive de l'âge effectif de départ prévue par la loi du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 et s'avère d'autre part particulièrement sensible aux évolutions de l'inflation, connaîtrait une première étape dans sa trajectoire de retour à l'équilibre avec une amélioration de son solde (- 3,0 milliards d'euros en 2026 après - 4,5 milliards d'euros en 2024 et -5,8 milliards d'euros en 2025), sous l'effet du gel, poursuivi les années suivantes par une sous-indexation, de l'ensemble des pensions de retraites de base et de l'apport de recettes lié à la hausse, renouvelée ensuite encore pour deux années supplémentaires, du taux de cotisations dues par les employeurs à la CNRACL en 2027 et 2028. A l'horizon 2029, le déficit de la branche se creuserait à nouveau légèrement, pour atteindre -1,6 milliard d'euros.

Le solde de la branche famille serait en excédent de 0,7 milliard d'euros en 2026, à un niveau comparable à celui de l'année précédente (0,8 milliard d'euros), puis augmenterait pour atteindre 2,4 milliards d'euros en 2029, sous l'effet du faible dynamisme des dépenses de la branche dans un contexte de faible natalité réduisant durablement les dépenses de prestations. La trajectoire présentée ici limite la croissance de cet excédent en réaffectant une part des recettes de CSG assise sur les revenus de remplacement de la branche famille à la branche maladie, conformément aux dispositions de la présente loi, puis de façon conventionnelle en faveur de la branche autonomie à compter de 2027. La trajectoire inclut aussi la montée en charge progressive du décalage de 14 à 18 ans de la majoration pour âge des allocations familiales, ainsi que l'effet de la création, à partir de 2027, d'un congé supplémentaire de naissance et la montée en charge des objectifs poursuivis en matière de petite enfance.

Prévisions des recettes, dépenses et soldes des régimes de base et du FSV

Recettes, dépenses et soldes de l'ensemble des régimes obligatoires de base

(En milliards d'euros)

	2024	2025 (p)	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)	2029 (p)
Maladie						
Recettes	239,2	245,1	255,0	261,5	268,2	275,3
Dépenses	253,0	262,3	267,5	275,3	283,2	291,3
Solde	-13,8	-17,2	-12,5	-13,8	-15,0	-16,1
Accidents du travail et maladies professionnelles						
Recettes	16,9	16,9	17,1	17,6	18,1	18,6
Dépenses	16,3	17,5	18,0	19,0	19,3	19,6
Solde	0,7	-0,5	-1,0	-1,4	-1,3	-0,9
Famille						
Recettes	58,9	60,2	60,1	61,8	62,9	64,1
Dépenses	57,8	59,3	59,4	59,9	60,7	61,6
Solde	1,1	0,8	0,7	1,9	2,2	2,4
Vieillesse						
Recettes	288,2	297,0	304,4	311,7	320,3	327,3
Dépenses	293,8	303,4	307,4	313,8	321,5	329,3
Solde	-5,6	-6,3	-3,1	-2,1	-1,2	-2,0
Autonomie						
Recettes	41,2	41,7	41,8	43,5	45,3	47,2
Dépenses	39,9	42,0	43,5	45,2	47,0	48,8
Solde	1,3	-0,3	-1,7	-1,7	-1,7	-1,7
Régimes obligatoires de base de sécurité sociale consolidés						
Recettes	626,4	642,3	659,4	676,4	694,7	711,8
Dépenses	642,8	665,8	676,9	693,5	711,6	730,1
Solde	-16,4	-23,5	-17,5	-17,1	-16,9	-18,3

Recettes, dépenses et soldes du Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	2024	2025	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)	2029 (p)
Recettes	21,6	22,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Dépenses	20,5	21,5	0,0	0,0	0,0	0,0
Solde	1,1	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0

Recettes, dépenses et soldes des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	2024	2025	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)	2029 (p)
Recettes	627,8	643,1	659,4	676,4	694,7	711,8
Dépenses	643,1	666,1	676,9	693,5	711,6	730,1
Solde	-15,3	-23,0	-17,5	-17,1	-16,9	-18,3

III. – D’ici 2029, des efforts supplémentaires conséquents seront à mettre en œuvre pour revenir à l’équilibre.

Les comptes de la Sécurité sociale devront être ramenés à l’équilibre d’ici 2029 afin de garantir sa pérennité. Il conviendra également de prévoir le remboursement de la dette supplémentaire constituée dans l’intervalle, à un horizon suffisamment rapproché pour ne pas peser sur les générations suivantes.

Le retour à l’équilibre des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale à cet horizon requiert un effort supplémentaire de 18,3 milliards d’euros sur quatre ans, par rapport à la trajectoire résultant de la présente loi et présentée ci-dessus.

IV. – Écarts à la loi n° 2023-1195 du 18 décembre 2023 de programmation des finances publiques pour les années 2023 à 2027

Les écarts entre les prévisions de dépenses des régimes de base de sécurité sociale et des organismes concourant à leur financement pour les années 2023 à 2027 figurant dans la loi n° 2023-1195 du 18 décembre 2023 de programmation des finances publiques (LPFP) pour les années 2023 à 2027 et celles décrites dans la présente annexe sont retracés dans le tableau suivant :

Révisions des dépenses, régimes de base de sécurité sociale + FSV

(en milliards d’euros)

	2023	2024	2025	2026	2027
Dépenses prévues dans la LPFP 2023-2027* (1)	610,9	641,8	665,2	685,8	705,4
Dépenses prévues dans le présent rapport (2)	610,8	643,1	666,1	676,9	693,5
Écarts (2)-(1)	-0,1	1,3	0,9	-8,9	-12,0

* Au sens du I de l’article 18 de la LPFP. Le IV du même article prévoyait par ailleurs que des économies issues du dispositif de revue de dépenses, réparties entre les dépenses des administrations de sécurité sociale, représentent 6 milliards d’euros par an pour les années 2025 à 2027 venant, pour la part relevant des régimes de base de sécurité sociale, en minoration de la trajectoire de dépenses. Ces 6 milliards d’euros n’ont toutefois pas fait l’objet d’une ventilation précise entre régimes de base de sécurité sociale et autres sous-secteurs du champ des administrations de sécurité sociale au sens de la comptabilité nationale.

En 2025, l’essentiel de l’écart reflète le relèvement projeté des dépenses relevant de l’ONDAM (qui évoluerait de 3,6 % contre 2,9 % prévu par la LPFP avant ventilation des 6 milliards d’euros d’économies attendues du fait des revues de dépenses), qui s’élèvent à 3,4 milliards d’euros au-dessus du niveau prévu par la LPFP (hors recettes atténuatives, non prises en compte dans ces chiffres).

Pour 2026, l’effet en base de cette hausse des dépenses serait atténué par un taux d’évolution de l’ONDAM pour 2026 fixé à + 1,6 %, auquel s’ajouterait un effet de périmètre de + 0,3 milliard d’euros (au titre principalement de l’expérimentation de la réforme du financement des EHPAD qui est entrée en vigueur au 1^{er} juillet 2025). Au total, les dépenses sous ONDAM seraient supérieures de l’ordre de 1 milliard d’euros à celles sous-jacentes à la LPFP, hors économies supplémentaires attendues des revues de dépenses. En revanche, le ralentissement de l’inflation observé en 2024 (+ 1,8 % observé en 2024 contre + 2,5 % prévu en LPFP) se poursuivrait les années suivantes (+ 1,0 % et + 1,3 % en 2025 et 2026 contre + 2,0 % et + 1,8 % respectivement dans la LPFP), soit en cumul une révision de -2,1 % de l’inflation sur la période 2024-2026, réduisant, via une revalorisation légale moindre des prestations, le niveau des dépenses

de près de 8 milliards d'euros en 2027 par rapport à la LPFP. A cet effet s'ajouterait l'impact de la mesure de gel de l'ensemble des prestations en 2026, puis de la sous-indexation de 0,4 point des pensions de retraite pendant quatre ans à partir de 2027, réduisant les dépenses de 4,6 milliards d'euros supplémentaires en 2027. Les révisions des prestations « en volume » expliquent le reste des écarts.

En cumul, les écarts entre les prévisions de dépenses des régimes de base de sécurité sociale de la LPFP, avant ventilation des 6 milliards d'euros d'économies devant être réalisées du fait du dispositif de revues de dépenses, et celles décrites dans la présente annexe, s'élèvent à 2,0 milliards d'euros de dépenses supplémentaires en 2025. Toutefois, cette tendance s'inverserait dès 2026, avec un écart cumulé de - 6,8 milliards d'euros sur cette année et de près de 20 milliards d'euros en 2027. En ventilant les 6 milliards d'euros d'économies attendues dans le champ des régimes de base de sécurité sociale au prorata de la part de chaque sous-secteur, l'écart serait de l'ordre de 7 milliards d'euros de dépenses supplémentaires en 2015 par rapport à la LPFP, puis, en sens inverse, 1 milliard d'euros en 2026 et 15 milliards d'euros en 2027.

Obtenu par APMnews