

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère du travail et des solidarités

Ministère de la santé, des familles, de
l'autonomie et des personnes handicapées

Ministère de l'action et des comptes
publics

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2027

NOR : CCPX2620963L/Bleue-1

Article liminaire

Les prévisions de dépenses, recettes et solde des administrations de sécurité sociale pour les années 2026 et 2027 s'établissent comme suit, au sens de la comptabilité nationale :

<i>(en points de produit intérieur brut)</i>	2026	2027
Recettes	26,8	27,0
Dépenses	27,0	26,8
Solde	-0,1	0,2

Exposé des motifs

Cet article présente, conformément à l'article 1 de la loi organique 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 notamment les régimes de retraite complémentaire, l'assurance chômage (qui bénéficie d'un relèvement de 2,1 milliards d'euros de la TVA affectée par l'Etat au titre de la compensation du coût des allègements généraux, sans effet sur les soldes des ROBSS), 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.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2027 prévoit sur le champ des ASSO un solde déficitaire en 2026 et excédentaire en 2027, 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 À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE
LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2026**

Article 1^{er}

[Rectification des tableaux d'équilibre]

Au titre de l'année 2026, 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	258,5	271,0	-12,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	16,8	18,1	-1,3
Vieillesse	302,5	310,5	-8,0
Famille	59,4	59,1	0,3
Autonomie	43,0	43,3	-0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	661,3	683,1	-21,8

2° Les prévisions des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites, lesquelles sont nulles.

3° L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale qui est fixé à 16 milliards d'euros.

Exposé des motifs

La prévision de déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale s'élève à 21,8 milliards d'euros en 2026. Cette révision par rapport à la prévision de 19,4 milliards d'euros retenue en loi de financement initiale est principalement liée à de moindres recettes, en lien avec la dégradation des perspectives macroéconomiques. En 2026, la masse salariale du secteur privé croîtrait de 1,6 % au lieu des 2,3 % prévus en loi de financement initiale pour 2026, entraînant une révision à la baisse des recettes de cotisations et de CSG, effaçant un rendement de la TVA supérieur à celui prévu en LFSS 2026. En parallèle, les charges des régimes de base seraient plus faibles que prévu en LFSS pour 2026, venant modérer partiellement la dégradation des recettes ; en particulier l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est révisé à la baisse de 1,1 milliard d'euros, sous l'effet de mesures réglementaires (hausse des plafonds des participations forfaitaires et franchises de 50 € à 70 € et annulation des crédits mis en réserve hors coefficient prudentiel). L'ONDAM attendu pour 2026 croîtrait donc de 2,8 %, contre une évolution de 3,1 % inscrite en loi de financement initiale.

Article 2

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

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base au titre de l'année 2026 et ses sous-objectifs sont rectifiés ainsi qu'il suit :

(en milliards d'euros)

Sous-objectif	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	117,4
Dépenses relatives aux établissements de santé	112,6
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	18,2
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	16,0
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et soutien à l'investissement	6,0
Autres prises en charge	3,3
Total	273,3

Exposé des motifs

Cet article rectifie le montant de l'ONDAM pour l'année 2026 de 1,1 milliard d'euros par rapport à celui inscrit dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2026, à 274,4 milliards d'euros. Ce montant tient compte, pour les dépenses de soins de ville, de la mesure de hausse des plafonds des participations forfaitaires et franchises, qui diminuerait de 0,3 milliard d'euros les dépenses relevant de l'ONDAM en 2026, et, pour les dépenses relatives aux établissements de santé, de l'annulation d'une partie des mises en réserve, pour 0,6 milliard d'euros.

Article 3

[Rectification des contributions des régimes d'assurance maladie et de la 5ème branche au FMIS et de la 5ème branche au FIR des ARS]

Au I de l'article 106 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026, le montant de 401 millions est remplacé par le montant de 359 millions.

Exposé des motifs

Le montant de la contribution de l'assurance maladie au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé est rectifié pour tenir compte de mouvements de périmètre relatifs à la trajectoire d'investissement des établissements de santé arbitrée en 2025. Il s'agit en particulier de tenir compte du maintien dans les comptes des établissements de santé d'une partie des crédits d'investissements issus des plans Hôpital 2007 / Hôpital 2012, pour 60 millions d'euros. En outre, 20 millions d'euros sont ajoutés à la trajectoire au titre des investissements outre-mer.

**DEUXIÈME PARTIE :
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE
LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2027**

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

Article 4

[Aide aux cotisants affectés par les incendies et le cyclone Chido et soutien aux employeurs de sapeurs-pompiers volontaires]

I. – A. - Bénéficient jusqu'au 30 novembre 2026 d'une suspension des obligations de paiement des cotisations, contributions, impôts et taxes dus aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 723-3 du code rural et de la pêche maritime au titre des mois d'août à octobre 2026, à l'exclusion des cotisations et contributions salariales précomptées par les employeurs, lorsque l'un de leurs établissements ou, à défaut d'établissement, le local d'habitation déclaré au titre du dernier alinéa de l'article L. 123-10 du code de commerce, est situé dans l'une des communes confinées ou évacuées à raison des incendies survenus dans les départements de la Gironde, des Landes et du Var au cours des mois de juillet et août 2026 dont la liste est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale :

1° Les employeurs mentionnés à l'article L. 133-5-3 du code de la sécurité sociale, à l'exclusion des administrations, services, offices et établissements publics de l'Etat, des établissements industriels de l'Etat, des régions, départements et communes et des établissements publics départementaux et communaux n'ayant pas le caractère industriel ou commercial relevant des régimes prévus à l'article L. 711-1 du même code ;

2° Les artistes auteurs mentionnés à l'article L. 382-1 du même code ;

3° Les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 611-1 du même code ;

4° Les travailleurs non-salariés agricoles mentionnés à l'article L. 722-4 du code rural et de la pêche maritime ;

5° Les travailleurs non-salariés relevant du régime mentionné à l'article L. 5551-1 du code des transports.

Ces cotisants sont considérés à jour de leurs obligations de paiement des cotisations et contributions sociales pour la période concernée par la suspension, sous réserve du respect de leurs obligations de déclaration.

B. - Il est sursis aux poursuites pour le paiement des cotisations, contributions, impôts et taxes dues par les cotisants mentionnés au A aux organismes de recouvrement mentionnés à ce même A du 18 août au 30 novembre 2026 inclus. Ce sursis suspend les délais s'appliquant à la réalisation des actes et formalités régissant le recouvrement, ainsi que les délais du contentieux subséquent, qui auraient dû être accomplis par ces organismes à peine de nullité, caducité, forclusion, prescription, inopposabilité, irrecevabilité, péremption, désistement d'office, application d'un régime particulier, envers ces mêmes cotisants.

Ce sursis n'est pas applicable aux cotisants qui font l'objet d'une procédure à la suite d'un constat de l'une des infractions mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 8211-1 du code du travail.

C. - En cas de non-reversement aux échéances prévues des cotisations et contributions salariales précomptées par les employeurs sur la période mentionnée au A, les organismes de recouvrement concernés peuvent, eu égard à la situation particulière des cotisants concernés, accorder un sursis dans les conditions prévues au B.

D. - La suspension du paiement des cotisations, contributions, impôts et taxes dans les conditions prévues au A et, le cas échéant, au C, ne donne lieu à aucune majoration ou pénalité.

E. - Les sommes dont le paiement a été suspendu en application du A et, le cas échéant, du C peuvent faire l'objet de plans d'apurement accordés par les organismes de recouvrement, y compris lorsque des dettes ont été constituées au titre des cotisations et contributions salariales sous réserve que les organismes de recouvrement l'aient accepté dans les conditions prévues au C et que ces sommes soient réglées par priorité avant la conclusion du plan.

Les organismes de recouvrement peuvent, à l'issue du plan et en cas de respect de celui-ci, accorder la remise de l'ensemble des majorations et pénalités.

II. - Les employeurs mentionnés au II de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale dont l'effectif, apprécié selon des modalités fixées par décret, est inférieur à deux cent cinquante salariés et ayant un établissement situé dans l'une des communes mentionnées au A du I bénéficient d'une exonération totale ou partielle des cotisations et contributions sociales mentionnées au I du même article L. 241-13 dues sur les rémunérations versées à leurs salariés rattachés à cet établissement au titre des périodes d'emploi de juillet à septembre 2026.

Le montant de cette exonération est déterminé en fonction de la baisse du chiffre d'affaires constatée par l'employeur durant la période comprise entre le 1^{er} juillet et le 30 septembre 2026 par rapport au chiffre d'affaires constaté durant la même période de l'année 2025, selon les modalités et dans les conditions prévues par décret. Ce décret fixe également la période de référence à retenir pour les entreprises créées postérieurement au 1^{er} juillet 2025.

L'exonération s'applique aux cotisations et contributions restant dues après application de toute exonération ou réduction totale ou partielle des cotisations dues par les employeurs au titre des rémunérations des salariés mentionnés au II de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale ainsi que de tout taux spécifique, d'assiette ou de montant forfaitaire de cotisations sur la période de référence mentionnée au deuxième alinéa. Elle est cumulable avec l'ensemble de ces dispositifs.

III. – A. – Bénéficient sur demande d'une aide forfaitaire venant en déduction des cotisations et contributions sociales restant dues à l'occasion de la régularisation annuelle des cotisations et contributions sociales, lorsque l'établissement ou, à défaut d'établissement, le local d'habitation déclaré au titre du troisième alinéa de l'article L. 123-10 du code de commerce est situé dans l'une des communes mentionnées au A du I, à condition d'avoir constaté une baisse de leur chiffre d'affaires durant la période comprise entre le 1^{er} juillet et le 30 septembre 2026 par rapport au chiffre d'affaires constaté durant la même période de l'année 2025 :

1° Les travailleurs indépendants mentionnés à l'article L. 611-1 du code de la sécurité sociale qui n'ont pas exercé l'option prévue à l'article L. 613-7 du même code ;

2° Les travailleurs non-salariés agricoles mentionnés à l'article L. 722-4 du code rural et de la pêche maritime et les cotisants de solidarité mentionnés à l'article L. 731-23 du même code ;

3° Les artistes auteurs mentionnés à l'article L. 382-1 du code de la sécurité sociale ;

4° Les travailleurs non-salariés relevant du régime mentionné à l'article L. 5551-1 du code des transports.

Le montant de cette aide forfaitaire est fixé par décret par rapport au montant minimal des cotisations de sécurité sociale dues au titre de leur activité. Ce décret fixe également la période de référence à retenir pour les entreprises créées postérieurement au 1^{er} juillet 2025 et les modalités de demande de l'aide.

B. – Les cotisations et contributions de sécurité sociale dues sur la période de juillet à septembre 2026 dont sont redevables les travailleurs indépendants relevant du dispositif mentionné à l'article L. 613-7 du code de la sécurité sociale et répondant aux mêmes conditions de baisse du chiffre d'affaires et de localisation que les cotisants mentionnés au A du présent III peuvent être calculées, sur demande, en appliquant au montant de leur chiffre d'affaires ou de leurs recettes effectivement réalisés au titre de cette période un taux global dérogatoire fixé par décret pour chaque catégorie d'activité mentionnée au même article L. 613-7.

Le trop-perçu de cotisations et contributions sociales en résultant fait l'objet d'un remboursement ou est imputé sur le montant des cotisations et contributions sociales dues à une date fixée par décret et au plus tard le 31 octobre 2027. Ce décret fixe également les modalités de demande de l'application de ce taux dérogatoire.

IV. – Un cotisant ne peut pas bénéficier des I à III lorsqu'il ou son dirigeant a été condamné définitivement pour l'une des infractions mentionnées aux 1° à 4° de l'article L. 8211-1 du code du travail au cours des cinq années précédant le début de la période de suspension mentionnée au A du I du présent article.

V. – Le bénéfice des II et III est subordonné au respect du règlement (UE) n° 1408/2013 de la Commission du 18 décembre 2013 relatif à l'application des articles 107 et 108 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides de minimis dans le secteur de l'agriculture, du règlement (UE) n° 717/2014 de la Commission du 27 juin 2014 concernant l'application des articles 107 et 108 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides de minimis dans le secteur de la pêche et de l'aquaculture ou du règlement (UE) 2023/2831 de la Commission du 13 décembre 2023 relatif à l'application des articles 107 et 108 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides de minimis.

VI. – Par dérogation à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, les exonérations prévues aux II et III ne font pas l'objet d'une compensation par l'Etat.

VII. – A. - Après l'article L. 241-20 du code de la sécurité sociale, est inséré un article L. 241-21 ainsi rédigé :

« *Art. L. 241-21.* - Le sapeur-pompier volontaire mentionné à l'article L. 723-3 du code de la sécurité intérieure ayant réalisé au cours de l'année civile au titre de laquelle la réduction est due une mission opérationnelle prévue au 1° de l'article L. 723-12 de ce code et ayant conclu un contrat de travail avec un employeur mentionné au II de l'article L. 241-13 du présent code ouvre droit, dans la limite de cinq salariés par employeur, à une réduction forfaitaire annuelle fixée par décret des cotisations et contributions mentionnées au I du même article L. 241-13 assises sur les rémunérations inférieures au salaire minimum de croissance majoré de 60 % après application des réductions et déductions mentionnées au troisième alinéa.

« La rémunération prise en compte est celle définie à l'article L. 242-1 après application de déductions au titre des frais professionnels évaluées forfaitairement en pourcentage de la rémunération et plafonnée dans les conditions fixées par l'arrêté prévu par l'avant-dernier alinéa du IV de l'article L. 241-13.

« Lorsque cette réduction est supérieure au montant des cotisations et contributions mentionnées au I de l'article L. 241-13 après application des réductions et déductions prévues aux articles L. 241-13, L. 241-18 et L. 241-18-1, elle est limitée à ce montant.

« Cette réduction n'est cumulable avec aucune réduction ou déduction autre que celles mentionnées au troisième alinéa. »

B. – Le A s'applique aux rémunérations dues à compter du 1^{er} janvier 2027.

VIII. – L'article 29 de la loi n° 2025-176 du 24 février 2025 d'urgence pour Mayotte est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa du II, la date : « 1^{er} avril 2026 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2026 » et la date : « 1^{er} août 2026 » est remplacée par la date : « 31 mars 2027 » ;

2° Aux troisième et quatrième alinéas de ce même II, la date : « 1^{er} mars 2026 » est remplacée par la date : « 30 novembre 2026 » et la date : « 1^{er} juillet 2026 » est remplacée par la date : « 28 février 2027 » ;

3° Au deuxième alinéa du III, la date : « 31 janvier 2026 » est remplacée par la date : « 31 octobre 2026 » et la date : « 31 mai 2026 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2026 ».

Exposé des motifs

Les incendies majeurs survenus au cours de l'été 2026 dans les départements de la Gironde, des Landes et du Var ont entraîné d'importants dommages matériels et profondément perturbé l'activité économique des territoires concernés. En Gironde et dans les Landes, plus de 250 000 personnes et près de 19 000 entreprises ont été concernées par des mesures d'évacuation. Ces événements ont notamment provoqué des interruptions ou des réductions d'activité, une baisse de la fréquentation touristique ainsi que des difficultés importantes de trésorerie pour les entreprises implantées dans les zones affectées.

Plusieurs mesures d'urgence ont été déployées afin de préserver l'emploi et de soutenir la trésorerie des entreprises. Une aide exceptionnelle a notamment été instituée par le décret n° 2026-776 du 14 août 2026 afin de prendre en charge, pour les entreprises de moins de 250 salariés placés en activité partielle, les indemnités d'activité partielle versées à leurs salariés pour l'intégralité de leur montant. Le Gouvernement a en outre demandé aux organismes de recouvrement d'accorder aux cotisants concernés un moratoire sur le paiement de certaines cotisations et contributions sociales et de suspendre temporairement les actions de recouvrement.

Conformément aux annonces du Premier ministre, afin de faciliter la reprise de l'activité économique et de soutenir le maintien de l'emploi, la présente mesure instaure en plus du moratoire déjà en œuvre, une exonération de cotisations patronales de sécurité sociale dues au titre des rémunérations des salariés rattachés aux établissements implantés dans les communes ayant fait l'objet de mesures d'évacuation ou de confinement en raison des incendies, ainsi qu'une réduction forfaitaire des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants implantés dans ces mêmes communes.

La mesure sécurise également les mesures prises dans l'urgence par les organismes de recouvrement pour apporter dès l'été une première aide aux cotisants des territoires affectés par les incendies : suspension du recouvrement amiable et forcé, octroi de reports de paiement de cotisations et contributions sociales patronales dues au titre des mois d'août à octobre et délivrance d'attestations de vigilance aux usagers qui auraient mobilisé ce dispositif de report. Elle suspend

ainsi les délais applicables aux actes de recouvrement et au contentieux subséquent qui auraient dû être accomplis pendant cette période par les organismes, à peine, notamment, de prescription ou forclusion.

Par ailleurs, les sapeurs-pompiers volontaires constituent près de 80 % des effectifs de la sécurité civile et sont, chaque été, mobilisés pour la gestion des feux de forêt dont la fréquence, l'intensité et l'extension géographique se sont accrues dans la période récente. Or, cet engagement repose sur la disponibilité des volontaires pendant leur temps de travail, et donc sur l'acceptation par leurs employeurs, en particulier les petites et moyennes entreprises, d'absences parfois longues et imprévisibles en période opérationnelle. La réduction de cotisations patronales applicable au titre de la rémunération des salariés sapeurs-pompiers volontaires a précisément été conçue pour compenser cette contrainte et lever le principal frein au recrutement et à la fidélisation des volontaires. Toutefois, son caractère temporaire prive aujourd'hui les employeurs de la visibilité nécessaire pour s'engager durablement dans des conventions de disponibilité. Le dispositif d'expérimentation étant compensé par crédits budgétaires, sa pérennisation implique également celle de la compensation du coût de cette perte de recettes pour la sécurité sociale par crédits budgétaires. Ce coût reste néanmoins très modeste pour les finances publiques au regard des dépenses évitées en matière de lutte contre les incendies, de reconstruction et de secours à personne.

Le présent article propose donc d'inscrire ce dispositif de manière permanente, afin de sécuriser un modèle de sécurité civile fondé sur l'engagement citoyen, dont la résilience de nos territoires face aux risques naturels dépend directement.

Enfin, le présent article reporte les délais légaux prévus par la loi d'urgence pour Mayotte du 24 février 2025 pour la mise en place des mesures dérogatoires en matière de plans d'apurement et d'abandons des dettes de cotisations et contributions sociales en réponse aux conséquences du cyclone Chido, survenu au mois de décembre 2024.

Article 5

[Suppression des exonérations sociales applicables aux ateliers et chantiers d'insertion publics]

Le 1° du A du IV de l'article 20 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 est abrogé à compter du 1^{er} janvier 2027.

Les dispositions du premier alinéa s'appliquent aux cotisations dues au titre des périodes d'emploi courant à partir du 1^{er} janvier 2027.

Exposé des motifs

Les exonérations spécifiques de cotisations sociales visent des territoires ou des publics spécifiques et sont compensées à ce titre à la sécurité sociale par les crédits budgétaires des ministères porteurs de la politique publique. 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. Ce principe peut impliquer d'en proposer la suppression lorsque ces exonérations présentent un coût excessif au regard des effets qu'elles visent.

Dans ce cadre, la présente mesure vise à simplifier le droit existant en supprimant un dispositif d'exonérations de cotisations sociales qui concerne une population très résiduelle et se superposent à des dispositifs de droit commun poursuivant des objectifs similaires.

Elle prévoit ainsi la suppression du dispositif d'exonération de cotisations sociales applicable aux ateliers et chantiers d'insertion (ACI), employeurs de droit public, embauchant des salariés dans le cadre de contrats à durée déterminée dits « insertion », afin de rationaliser et de simplifier le paysage des aides socio-fiscales en faveur de l'insertion.

Article 6

[Simplifier le régime social applicable aux indemnités de rupture du contrat de travail]

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

1° Les 5° et 5° *bis* du III de l'article L. 136-1-1 sont remplacés par deux alinéas ainsi rédigés :

« 5° Dans la limite de la valeur annuelle du plafond défini à l'article L. 241-3 du présent code, les indemnités, y compris celles dont le versement est ordonné par le juge ou prévu par une transaction en réparation d'un préjudice distinct ou non de la perte de rémunération, qui sont attribuées au titre de la rupture du contrat de travail des salariés, de la cessation des fonctions des agents publics ou de la cessation forcée des fonctions des mandataires sociaux.

« Les dispositions de l'alinéa précédent ne sont pas applicables aux mandataires sociaux percevant des indemnités dont le montant cumulé, le cas échéant à plusieurs titres, excède cinq fois la valeur annuelle du plafond mentionné à l'article L. 241-3 et aux autres personnes mentionnées à l'alinéa précédent lorsque ce montant cumulé excède dix fois cette même valeur ; »

2° Au 1° et au 2° de l'article L. 137-12, les mots : « des cotisations de sécurité sociale en application du 7° du II de l'article L. 242-1 » sont remplacés par les mots : « définie à l'article L. 136-1-1 » ;

3° Le 3° de l'article L. 137-15 est abrogé ;

4° Les deux derniers alinéas de l'article L. 242-1 sont supprimés.

II – Les dispositions du I s'appliquent pour les indemnités attribuées au titre de ruptures prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2027.

Exposé des motifs

Les indemnités versées à l'occasion de la rupture d'un contrat de travail bénéficient d'un régime social favorable, justifié à l'origine par la nature partiellement indemnitaire de ces sommes. Ce régime, élaboré en 1999, s'est toutefois complexifié au fil de réformes successives au point de devenir peu lisible. On recense aujourd'hui huit grandes typologies d'indemnités qui peuvent être assujetties à trois régimes socio-fiscaux différents.

Ce régime bénéficie par ailleurs structurellement aux bénéficiaires d'indemnités d'un montant élevé, ce qui peut conduire à des stratégies d'optimisation. La distribution des indemnités de rupture est plus inégalitaire que celle des revenus, voire que celle du patrimoine : 10 % des salariés concernés perçoivent près de 80 % des montants versés. Les plafonds d'exemption, fixés à un niveau élevé, ne concernent en pratique que 2 % des salariés – pour l'essentiel des cadres, aux rémunérations et aux anciennetés importantes, dont l'indemnité moyenne est plus de six fois supérieure à celle d'un employé non-cadre. Loin de corriger l'inégalité de la distribution des indemnités brutes, le régime socio-fiscal spécifique l'amplifie, au bénéfice des salariés les mieux rémunérés et peut être à l'origine de distorsions liées au traitement différencié entre les différentes indemnités, d'une part, et vis-à-vis des salariés et autres composantes de la rémunération, d'autre part.

La présente mesure poursuit un objectif de simplification, d'harmonisation et d'équité, tout en réduisant le coût de cette niche pour les administrations de sécurité sociale. Elle prévoit un plafond unique d'exemption des cotisations sociales et de la contribution sociale généralisée dont la valeur sera égale au plafond annuel de la sécurité sociale (soit 48 060 euros en 2026). Une mesure similaire est prévue pour le régime fiscal de ces mêmes indemnités dans le cadre du projet de loi de finances. La mesure aligne, sur un même périmètre et un même plafond, l'assiette des prélèvements, de sorte qu'aucun écart ne puisse subsister entre eux. La hausse de prélèvement est ainsi recentrée sur les indemnités les plus élevées, seules concernées par l'abaissement du seuil d'assujettissement, sans affecter les 95 % de salariés dont l'indemnité demeurera intégralement exonérée. La mesure procure ainsi une simplification significative de la gestion de la paie et met fin à une source majeure de contentieux.

Article 7

[Rationaliser l'assiette des allègements généraux de cotisations sociales]

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

A. – L'article L. 137-15 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 137-15. I.— Les revenus d'activité assujettis à la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 et exclus de l'assiette des cotisations sociales définie à l'article L. 242-1 et au deuxième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural et de la pêche maritime sont soumis à une contribution.

« La contribution est due par l'employeur sans que puisse y faire obstacle le fait que le bénéficiaire des revenus mentionnés au premier alinéa relève pour tout ou partie des risques mentionnés à l'article L. 200-2 ou d'un régime spécial mentionné à l'article L. 711-1, dès lors que, pour ce bénéficiaire, l'employeur ou le bénéficiaire est soumis à l'assiette définie à l'article L. 242-1 du présent code pour au moins une des cotisations mentionnées au I de ce même article.

« II.- Cette contribution est due également sur :

« 1° Les sommes entrant dans l'assiette définie au premier alinéa du présent article versées aux personnes mentionnées à l'article L. 3312-3 du code du travail ;

« 2° Les sommes mentionnées au d du 3° du III de l'article L. 136-1-1 du présent code ;

« 3° Les sommes correspondant à la prise en charge par l'employeur de la part salariale des cotisations ou contributions destinées au financement des régimes de retraite complémentaire mentionnée au b du 2° du III de l'article L. 136-1-1.

« III.- Par dérogation au I, ne sont pas soumis à cette contribution :

« 1° Les revenus d'activité assujettis à la contribution mentionnée à l'article L. 137-13 du présent code et ceux exonérés en application du quatrième alinéa du I du même article ;

« 2° L'avantage prévu à l'article L. 411-9 du code du tourisme ;

« 3° Les contributions versées par les employeurs de moins de 11 salariés au bénéfice de leurs salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit pour le financement de prestations complémentaires de prévoyance, ni les contributions versées par les employeurs publics de moins de onze agents au titre de la participation mentionnée au 4° bis du II de l'article L. 242-1 du présent code ;

« 4° Les sommes versées au titre de la participation aux résultats de l'entreprise mentionnée au titre II du livre III de la troisième partie du code du travail ainsi que les versements des entreprises mentionnés au titre III dudit livre III quel que soit le support sur lequel ces sommes sont investies, dans les entreprises qui emploient moins de cinquante salariés ;

« 5° Les sommes versées au titre de l'intéressement mentionné au titre Ier du livre III de la troisième partie du code du travail ainsi que les sommes versées au titre de la prime de partage de la valeur dans les conditions prévues à l'article 1er de la loi n°2022-1158 du 16 août 2022 dans les entreprises qui emploient moins de deux cent cinquante salariés. » ;

B. – L'article L. 241-3-3 est abrogé.

C. – A l'article L. 241-13 :

1° Le II est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « , majorés le cas échéant du montant de la prime de partage de la valeur prévue à l'article 1er de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat, » sont supprimés ;

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

« III.- La réduction s'applique aux revenus d'activité mentionnés au premier alinéa du II lorsque leur montant annuel, majoré le cas échéant du montant des sommes versées par l'employeur au titre de l'épargne salariale ou du partage de la valeur de l'entreprise au cours de cette même année, dans des conditions et limites définies par décret, est inférieur à un montant également fixé par décret, compris entre le salaire minimum de croissance applicable au 1^{er} janvier 2024 majoré de 200 % et le salaire minimum de croissance en vigueur majoré de 200 %.

2° Le III est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, la référence : « III » est remplacée par la référence : « IV », et la référence : « I » par la référence : « II » ;

b) A la deuxième phrase du deuxième alinéa, les mots : « les revenus d'activité de l'année tels qu'ils sont pris en compte pour la détermination de l'assiette des cotisations définie au quatrième alinéa du présent III, majorés le cas échéant du montant de la prime de partage de la valeur mentionné au I » sont remplacés par les mots : « le montant cumulé des revenus d'activité de l'année mentionnées au III » ;

c) A la deuxième phrase du troisième alinéa, la première occurrence des mots : « du présent III » est remplacée par les mots : « du présent IV », et les mots : « la rémunération mentionnée au quatrième alinéa du présent III atteint le montant fixé par décret prévu au I » sont remplacés par les mots : « le montant cumulé des revenus mentionnés au III atteint le montant fixé par décret prévu au II » ;

d) Au quatrième alinéa les mots : « la détermination du coefficient est celle définie à l'article L. 242-1, majorée le cas échéant du montant de la prime de partage de la valeur mentionnée au I du présent article. Toutefois, elle ne tient » sont remplacés par les mots : « calculer le montant de la réduction ainsi que celles prises en compte pour la détermination du coefficient ne tiennent » ;

3° Au premier alinéa du IV, la référence : « III » est remplacée par la référence : « IV ».

4° Au premier alinéa du VII, la référence : « III » est remplacée par la référence : « IV ».

5° Les références : « III bis », « IV », « V », « VI », « VII », et : « VIII » sont respectivement remplacés par les références : « IV bis », « V », « VI », « VII », « VIII », et : « IX ».

D. – Le I de l'article L. 241-17 est complété par un 9° ainsi rédigé :

« 9° Les rémunérations versées aux salariés au titre des journées ou demi-journées mentionnées au I de l'article 5 de la loi n°2022-1157 du 16 août 2022 de finances rectificatives pour 2022. »

E. – Au II de l'article L. 241-18 et au II de l'article 241-18-1 :

1° Le mot : « sept » est remplacé par les mots : « 3,5 ou 7 » ;

2° Après le mot : « applicable » est inséré le signe « : » et les mots suivants constituent un 1°, figurant dans un alinéa distinct ;

3° Est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« 2° Au titre de chaque journée ou demi-journée de repos auxquelles renoncent les salariés dans les conditions prévues à l'article 5 de la loi n° 2022-1157 de finances rectificative pour 2022. »

F. – L'article L. 241-18 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« VII. – Le présent article est applicable à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon. »

G. – Le 3° du II de l'article L. 242-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 3° bis Dans la limite d'un montant annuel, ne pouvant excéder un quinzième de la valeur annuelle du plafond mentionné à l'article L. 241-3, fixé par décret, les sommes perçues au titre de la prime de partage de la valeur dans les conditions prévues à l'article 1er de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgence pour la protection du pouvoir d'achat. La limite mentionnée au présent alinéa est doublée lorsque l'employeur remplit les conditions prévues au V du même article 1er ; ».

II.- A l'article 5 de la loi n° 2022-1157 du 16 août 2022 de finances rectificative pour 2022 :

A. Au premier alinéa, les mots : « I. – » et : « et jusqu'au 31 décembre 2026 » sont supprimés ;

B. Au trois derniers alinéas, les mots : « des articles L. 241-17, L. 241-18 et L. 241-18-1 du code de la sécurité sociale et » sont supprimés.

III.- Au VI bis de l'article 1er de la loi n° 2022-1158 du 16 août 2022 portant mesures d'urgences pour la protection du pouvoir d'achat, les mots : « 31 décembre 2026 » sont remplacés par les mots : « 31 décembre 2027 » et les mots : « d'impôt sur le revenu ainsi que » sont supprimés.

IV. –Le présent article entre en vigueur le 1er janvier 2027 et s'applique aux cotisations et contributions dues au titre des périodes d'emploi courant à compter de cette date.

Exposé des motifs

Malgré une première réforme structurelle en deux temps initiée par la LFSS pour 2025, les allègements généraux demeurent très dynamiques et atteignent un niveau largement supérieur à la période antérieure au choc inflationniste post covid. Après l'unification des différents mécanismes d'exonération en 2026, la présente mesure prévoit d'en rationaliser les assiettes. Pour les salariés, elle préserve le régime social avantageux et non plafonné applicable aux dispositifs d'intéressement et de participation, ainsi qu'à l'abondement des employeurs aux plans d'épargne salariale. Pour les employeurs, elle laisse intacts les paramètres des allègements généraux qui ont été récemment simplifiés.

En tenant compte des compléments de salaires versés pour apprécier la rémunération en fonction de laquelle les allègements généraux sont calculés, la mesure permet d'accroître le caractère pilotable des allègements généraux. Cette prise en compte, qui corrigera le montant des allègements généraux pour 3,7 Md d'euros, permet de corriger une différence de traitement entre des salariés percevant une même rémunération globale mais ouvrant droit, du fait de la composition différente de cette rémunération, à des niveaux d'allègement de cotisations différents.

La démocratisation du partage de la valeur dans les entreprises de toute taille permet d'associer les salariés aux résultats et à la réussite de leur entreprise. Le Gouvernement entend donc par la même mesure pérenniser le régime social favorable de la prime de partage de la valeur, appelé à s'éteindre au 31 décembre 2026, prolongation qui offre de la visibilité aux employeurs comme aux salariés, au bénéfice de la cohérence d'ensemble du traitement social du partage de la valeur. Les salariés des entreprises de moins de 50 salariés bénéficieront par ailleurs d'une exemption totale de prélèvements sociaux sur les primes de partage de la valeur versées en 2027. Le Gouvernement souhaite également pérenniser, au-delà de cette échéance, le mécanisme de renonciation à des jours de repos, en confortant le bénéfice, pour l'employeur, des déductions

forfaitaires patronales applicables aux heures supplémentaires et, pour le salarié, de l'exonération salariale de cotisations vieillesse sur ces sommes.

Article 8
[Extension de la « taxe soda » à des produits sucrés et transformés]

I. – A l'article L. 1613 *ter* du code général des impôts :

1° Le I devient le A du I ;

2° Le I est complété par un B ainsi rédigé :

« B. – Il est institué une contribution perçue sur les produits transformés préemballés destinés à la consommation humaine en l'état ou après simple réchauffage ou décongélation :

« 1° Relevant des codes NC 1704, NC 1806, NC 1901 90 99, NC 1904, NC 1905 et NC 2105 de la nomenclature combinée du tarif des douanes ;

« 2° Contenant des sucres, à savoir des monosaccharides ou disaccharides, ajoutés ou non, et un ou plusieurs additifs alimentaires autorisés mentionnés au a de l'article premier du règlement (CE) n° 1333/2008 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 2008 sur les additifs alimentaires. » ;

3° Le II devient le A du II et à son premier alinéa, les mots : « au I » sont remplacés par les mots « au A du I » ;

4° Le II est complété par un B ainsi rédigé :

« B. – Le tarif de la contribution mentionnée au B du I est le suivant :

« 1° Pour les produits relevant des codes NC 1901 90 99, NC 1904, NC 1905 et NC 2105 du tarif des douanes :

Quantité totale de sucres (en kg par quintal de produit)	Tarif applicable (en euros par quintal de produit)
De 10 à 23 (non compris)	4,07
De 23 à 30 (non compris)	14
A partir de 30	22

« 2° Pour les produits relevant des codes NC 1704 et NC 1806 du tarif des douanes :

Quantité totale de sucres (en kg par quintal de produit)	Tarif applicable (en euros par quintal de produit)
De 10 à 47 (non compris)	4,07
De 47 à 56 (non compris)	14
A partir de 56	22

« Les tarifs mentionnés aux 1° et 2° du présent B sont relevés au 1^{er} janvier de chaque année, dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Ces montants sont arrondis à la deuxième décimale. » ;

5° Au D du V :

a) A la première phrase, après le mot : « redevable », sont ajoutés les mots : « de la contribution mentionnée au A du I » ;

b) A la seconde phrase, après le mot : « redevable », sont ajoutés les mots : « de cette même contribution » ;

6° Au VI, les mots : « de la contribution régie par le » sont remplacés par les mots : « des contributions mentionnées au ».

II. – A l'article L. 1613 *quater* du même code :

1° Le I devient le A du I ;

2° Le I est complété par un B ainsi rédigé :

« B. – Il est institué une contribution perçue sur les produits préemballés, contenant des édulcorants de synthèse, destinés à la consommation humaine en l'état ou après simple réchauffage ou décongélation relevant des codes NC 1704, NC 1806, NC 1901 90 99, NC 1904, NC 1905 et NC 2105 de la nomenclature combinée du tarif des douanes. » ;

3° Le II est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « de la contribution » sont remplacés par les mots : « des contributions » ;

b) Au début du 1°, sont insérés les mots : « Pour celle mentionnée au A du I, à » ;

c) Au début du 2°, sont insérés les mots : « Pour celle mentionnée au A du I, à » ;

d) Après le 2°, il est inséré un 3° ainsi rédigé :

« 3° Pour celle mentionnée au B du I, à 4,5 euros par quintal pour les produits contenant une quantité d'édulcorants de synthèse inférieure ou égale à 120 milligrammes par kilogrammes de produit et à 6 euros par quintal pour les autres produits.

« Le cas échéant, ce tarif s'ajoute à celui applicable en fonction de la quantité de sucre dans les conditions prévues au B du II de l'article 1613 *ter*.

« Le tarif mentionné au 3° est relevé au 1^{er} janvier de chaque année, dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Ces montants sont arrondis à la deuxième décimale. Par exception, pour l'année 2028, les tarifs sont relevés dans une proportion équivalente au taux d'évolution global des tarifs mentionnés au 2° entre 2026 et 2028. » ;

4° Au premier alinéa du A du V, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « trois » ;

5° Au VI, les mots : « de la contribution régie » sont remplacés par les mots : « des contributions régies ».

III. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2027.

Exposé des motifs

En France, la prévalence des maladies chroniques ne cesse d'augmenter ces dernières décennies, entraînant des coûts majeurs pour la société et le système de santé. En 2021, les cas de maladies cardiovasculaires, de diabète et de cancer représentaient un coût de plus de 50 milliards d'euros pour l'assurance maladie. Le coût social de la surcharge pondérale avoisinait 20 Md€ (1 % du PIB) en 2012, soit un montant comparable à celui de l'alcool ou du tabac. L'alimentation, et notamment les apports en sucres, représente l'un des principaux facteurs de risque de ces maladies, nécessitant la mise en place de mesures ambitieuses et efficaces pour améliorer les régimes alimentaires de la population.

Pour cela, la fiscalité nutritionnelle, en complément d'autres types de mesures de prévention, est recommandée par les organisations internationales et agences d'expertise afin d'agir sur la qualité nutritionnelle de l'offre en incitant les industriels à reformuler la composition nutritionnelle de leurs produits. C'est dans cet objectif que, depuis 2012, ont été mises en place une taxe sur les boissons sucrées et une taxe sur les boissons édulcorées, dont le barème a été révisé dans le cadre de la LFSS pour 2025 afin de réduire les apports en sucres ajoutés consommés par les Français et améliorer ainsi leur état de santé. En 2025, la taxe a été révisée sur la base du modèle britannique à trois paliers, selon un mécanisme ayant montré un effet important sur la baisse du sucre dans les boissons (- 46 % entre 2015 et 2020).

Les aliments sucrés autres que liquides étant de forts contributeurs aux apports en sucres, notamment chez les enfants et adolescents, la présente mesure consiste à prévoir une extension de la taxe « soda » aux produits préemballés sucrés les plus contributeurs aux apports en sucre dans la population (et en particulier des jeunes), à savoir notamment les viennoiseries, pâtisseries, biscuits et gâteaux industriels, les céréales pour le petit-déjeuner, les barres céréalières ainsi que les confiseries et produits chocolatés. Environ un tiers des apports en sucres des enfants et adolescents résultent de la consommation de ces catégories de produits. De la même manière, la taxation des édulcorants de synthèse (qui habituent au goût « sucré ») présents dans les boissons sera étendue à ces produits solides. Il ne s'agit ainsi pas d'une nouvelle taxation, mais de l'extension de dispositifs fiscaux existants. La fixation d'une première tranche à partir du seuil de 10 grammes de sucres pour 100 grammes de produit vise à encourager la reformulation par les industriels. L'objectif est de réduire la prévalence des maladies chroniques liées à la nutrition *via* une amélioration de l'offre, et d'éviter ainsi les dépenses à venir.

Par ailleurs, la littérature scientifique a montré que les régimes riches en aliments transformés et contenant des additifs sont associés à une surconsommation alimentaire globale, à une mauvaise qualité nutritionnelle (trop de sucres et de mauvaises graisses, trop peu de fibres et de protéines) et *in fine* à un risque plus important de maladies chroniques. De plus, des études très récentes publiées par l'INSERM mettent en évidence des associations entre la consommation d'additifs et un risque accru de cancer, de diabète de type 2, de maladies cardiovasculaires et d'hypertension. Aussi, l'un des critères d'assujettissement à cette taxe au périmètre étendu sera la présence d'un ou de plusieurs additifs alimentaires.

Au regard de ces objectifs, le rendement économique d'un levier fiscal n'a pas vocation à perdurer et même à décroître dans le temps, au gré des efforts de reformulation des recettes des aliments industriels. Cette fiscalité ne s'applique pas aux producteurs agricoles qui vend sa matière première mais constitue bien un incitatif pour l'industriel transformateur (ou le distributeur). Ce

n'est pas le sucre en lui-même qui est ciblé, mais bien son excès qui est taxé. Enfin, la mesure préserve le modèle Français d'une alimentation saine et de bonne qualité, ainsi que les produits artisanaux.

Enfin, le produit de l'extension de cette taxe sera affectée à la branche maladie du régime agricole couvrant les exploitants et salariés agricoles.

Article 9
[Régulation macroéconomique des dispositifs médicaux]

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

1° Au premier alinéa de l'article L. 138-20, les mots « et » et « L. 245-6 » sont remplacés par les mots : « L. 245-6 et L. 245-5-7 ».

2° L'article L. 165-5-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

« I. – L'inscription par description générique des produits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 est subordonnée à la détention, d'un code permettant une identification individuelle de chacun de ces produits et de son exploitant.

« Ces codes identifiants sont collectés par la Caisse nationale de l'assurance maladie et rendus publics sur son site internet.

« Ce code est exigé par la caisse locale d'assurance maladie compétente en vue de la prise en charge ou du remboursement du produit.

« Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent I, notamment les obligations respectives des exploitants et de la Caisse nationale de l'assurance maladie pour l'élaboration de ces codes identifiants.

« II. – L'inscription par description générique des produits et prestations sur la liste prévue à l'article L. 165-1 est subordonnée, pour l'exploitant ou le distributeur au détail, à la détention de la certification de conformité à la charte mentionnée à l'article L. 162-17-9 ou à un engagement de l'entreprise à se faire certifier dans un délai et dans des conditions fixées par décret, en l'attente de l'obtention de la certification.

« L'exploitant ou le distributeur au détail qui ne diligente pas d'activités de présentation, d'information et de promotion visées par la charte fournit une déclaration sur l'honneur attestant de sa situation.

« Le code prévu au I ne peut être obtenu que sur présentation par l'entreprise du certificat ou d'une attestation sur l'honneur qu'elle ne diligente pas d'activité visée par la charte et la certification. »

3° La section 2 du chapitre V du titre IV du livre II du même code est ainsi modifiée :

1° Avant l'article L. 245-5-1, il est inséré une sous-section 1 comprenant les articles L. 245-5-1 à L. 245-5-6 et intitulée : « Contribution au titre des dépenses de promotion des dispositifs médicaux, tissus et cellules, produits de santé autres que les médicaments et prestations associées mentionnés à l'article L. 162-17 » ;

2° Après l'article L. 245-5-6, il est inséré une sous-section 2 comprenant les articles L. 245-5-7 et L. 245-5-8 ainsi rédigée :

« Sous-section 2

« Contribution au titre des dépenses de l'assurance maladie relatives aux dispositifs « médicaux, tissus et cellules, produits de santé autres que les médicaments et prestations « associées mentionnés à l'article L. 162-17

« Art. L. 245-5-7. – Les entreprises ayant la qualité d'exploitant au sens de l'article L. 165-1-1-1 du code de la sécurité sociale sont soumises à une contribution à raison des montants remboursés par l'assurance maladie au titre :

« 1° De l'inscription sur la liste prévue à l'article L. 165-1 sous forme de marque ou de nom commercial ;

« 2° De l'inscription par description générique sur cette même liste et bénéficiant du code permettant leur identification individuelle prévu à l'article L. 165-5-1 ;

« 3° De la prise en charge en sus des prestations d'hospitalisation conformément à l'article L. 162-22-7 ;

« 4° De la prise en charge transitoire mentionnée à l'article L. 165-1-5 ;

« 5° De l'inscription des dispositifs médicaux numériques utilisés dans le cadre d'une activité de télésurveillance sur la liste prévue à l'article L. 162-52 ;

« 6° De la prise en charge anticipée des dispositifs médicaux numériques conformément à l'article L. 162-1-23.

« Art. L. 245-5-8. – L'assiette de la contribution est égale à 70 % des montants remboursés en application des dispositions mentionnées à l'article L. 245-5-7, au cours de l'année civile en France métropolitaine, en Guadeloupe, en Guyane, en Martinique, à La Réunion, à Saint-Barthélemy et à Saint-Martin, minoré de la taxe sur la valeur ajoutée, des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5, L. 165-1-5 et L. 165-4 et des majorations prévues à l'article L. 165-7.

« Si l'exploitant justifie que le montant retenu pour cette assiette excède le chiffre d'affaires hors taxes qu'il a réalisé au titre des dispositifs médicaux remboursés ou pris en charge dans les conditions mentionnées à l'article L. 245-5-7, l'assiette de la contribution est fixée à hauteur de ce chiffre d'affaires. Ce chiffre d'affaires est minoré des remises mentionnées aux articles L. 162-17-5, L. 165-1-5 et L. 165-4.

« Les remises, ristournes et avantages commerciaux mentionnés à l'article L. 165-3-4 ne sont déduits ni de l'assiette mentionnée au premier alinéa ni du chiffre d'affaires mentionné à l'alinéa précédent.

« La Caisse nationale de l'assurance maladie et l'agence en charge des systèmes d'information mentionnés à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique transmettent à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale les montants remboursés mentionnés au premier alinéa.

« Le Comité économique des produits de santé transmet directement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale les montants des remises mentionnées au premier alinéa.

« Les entreprises mentionnées à l'article L. 245-5-7 transmettent chaque année les informations nécessaires à l'application de la présente section.

« Sont fixées par décret les modalités de transmission prévues aux alinéas précédents et le cas échéant la nature des informations transmises, ainsi que les modalités de la justification prévue au deuxième alinéa.

« En cas de scission ou de fusion d'une entreprise, le champ des éléments pris en compte pour le calcul de la contribution est défini à périmètre constant.

« Le produit des contributions est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie.

« La contribution est intégralement versée par chaque entreprise redevable au plus tard le 1^{er} novembre de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due. ».

II. Le taux de la contribution mentionnée à l'article L. 245-5-7 du code de la sécurité sociale est fixée à 3,6 %, pour la contribution due au titre de 2027.

Exposé des motifs

Le secteur des dispositifs médicaux, des autres produits de santé et des prestations associées connaît une croissance soutenue et durable des dépenses remboursées par l'assurance maladie. Ces dernières progressent d'environ +4,7 % par an en moyenne (2022-2025), et représentent une dépense remboursée brute de plus 12,1 Md€ en 2025. Cette dynamique s'explique notamment par le vieillissement de la population, la progression des maladies chroniques et l'arrivée de nouveaux dispositifs innovants (numérique, etc.).

Cette croissance constitue un enjeu important de soutenabilité pour les dépenses d'assurance maladie et nécessite une régulation plus adaptée à la dynamique propre du secteur. Or les outils existants ne permettent aujourd'hui d'agir que sur une partie limitée du champ des dispositifs médicaux remboursés. La régulation s'appuie d'une part sur la clause de sauvegarde (montant Z) qui ne concerne que les dispositifs médicaux inscrits à la liste des produits et prestations (LPP) pris en charge en sus des prestations hospitalières et ceux relevant d'une prise en charge transitoire. Elle fait peser une régulation sur un segment ne représentant que 21 % de la dépense remboursée totale. La régulation de la LPP repose d'autre part et pour l'essentiel, sur des plans d'économies fondés sur des baisses de tarifs, négociés produit par produit par le Comité économique des produits de santé (CEPS). Or, les objectifs de ces derniers ne sont structurellement pas atteints puisqu'en moyenne seulement 75 % de l'objectif de baisse de prix a été réalisé au cours des dernières années. L'accumulation durant plusieurs années de la non-atteinte de ces objectifs explique en partie la croissance actuellement constatée.

Il est donc proposé d'adapter le modèle de régulation macro-économique du secteur, reposant sur une assiette de dépenses et de produits plus large que celle de la clause de sauvegarde, et de permettre une contribution du secteur cohérente avec la croissance observée. Par ailleurs, ce dispositif qui repose sur un mécanisme individuel sera plus lisible et plus prévisible pour les entreprises.

Article 10

[Amélioration de la régulation de la chaîne de valeur de la distribution du médicament]

I. – Après le chapitre V *bis* du titre II du livre I^{er} de la cinquième partie du code de la santé publique, il est inséré un chapitre V *ter* ainsi rédigé :

« CHAPITRE V *ter*
« GROUPEMENTS DE PHARMACIES D'OFFICINE

« Art. L. 5125-42. – I. Pour l'application du présent chapitre, est regardé comme « groupement de pharmacies d'officine » toute personne physique ou morale exerçant, à titre principal ou accessoire, quel que soit son statut juridique, au moins l'une des activités suivantes, indépendamment des autres activités qu'elle réalise telle qu'une activité de grossiste-répartiteur, de dépositaire ou de courtier de médicaments, ou lorsqu'elle constitue une filiale de service :

« 1° Une activité de commissionnaire ou de mandataire ou de négociation pour l'achat de produits de santé, réalisée pour le compte direct ou indirect de pharmacies d'officine ;

« 2° Une mise à disposition d'une enseigne ou d'une marque auprès de pharmacies d'officine ;

« 3° Une activité de prestation de service réalisée au bénéfice de pharmacies d'officine, notamment pour la formation, la gestion commerciale, la comptabilité, la promotion ou la gestion de données, lorsque cette activité est liée, directement ou indirectement, à l'activité mentionnée au 1°.

« 4° Lorsqu'elle est réalisée en lien avec une ou plusieurs entreprises assurant l'exploitation, l'importation, l'importation parallèle, la distribution parallèle, la distribution en gros ou la vente en gros de spécialités pharmaceutiques, une activité de référencement ou d'organisation de l'approvisionnement de ces spécialités, de promotion, d'animation commerciale, de mise en relation avec un réseau officinal, ou la valorisation de données relatives à l'achat, à la vente ou à la dispensation de produits de santé réalisée auprès de pharmacies d'officine.

« II. – Est également regardé comme groupement de pharmacies d'officine, toute personne qui exerce au moins l'une des activités mentionnées au I pour le compte direct ou indirect d'un ou de plusieurs groupements de pharmacies d'officine. »

« Art. L. 5125-43. – I. Tout groupement de pharmacies d'officine adresse à chacune des pharmacies d'officine au bénéfice de laquelle il a exercé l'une des activités mentionnées à l'article L. 5125-42, un rapport annuel d'activité, dont le contenu et les données sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et précisent notamment les activités réalisées au bénéfice des officines ainsi qu'une synthèse des rémunérations perçues par le groupement, à l'exclusion de celles liées à la manipulation physique des produits de santé.

« II. – Tout groupement adresse annuellement au Conseil national de l'ordre des pharmaciens, aux fins de contrôle du respect des obligations professionnelles, et à la Caisse nationale de l'assurance maladie, aux fins de suivi de l'organisation économique du secteur officinal et de gestion du risque, la liste des pharmacies d'officine pour lesquelles il a exercé l'une des activités mentionnées à l'article L. 5125-42.

« III. – Tout projet de contrat, de convention ou d'avenant entre un groupement de pharmacies d'officine et un pharmacien titulaire d'une officine ou les pharmaciens exerçant en société ainsi que tout projet de stipulations relatif à l'adhésion ou fixant des conditions à cette

dernière à un groupement de pharmacies d'officine est communiqué, avant sa conclusion, au conseil compétent de l'ordre des pharmaciens, qui peut formuler des observations.

« Est dispensé de communication mentionnée au III tout projet conforme à un contrat type approuvé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »

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

1° A l'article L. 138-9-1 :

a) Au premier alinéa, les mots « de spécialités génériques définies au a du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, de spécialités hybrides substituables figurant au registre mentionné au dernier alinéa de l'article L. 5121-10 du même code ainsi que de médicaments biologiques similaires substituables dans les conditions prévues à l'article L. 5125-23-2 dudit code, » sont remplacés par : « de spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale » ;

b) Après l'article L. 138-9-1, il est inséré un article L. 138-9-2 ainsi rédigé :

« Toute entreprise assurant l'exploitation, l'importation parallèle ou la distribution parallèle des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 déclare chaque année au comité économique des produits de santé le montant total des sommes exigibles qu'elles ont précomptées en application du III de l'article L. 138-17.

« Lorsque les sommes mentionnées au premier alinéa se rapportent à la fois à des médicaments inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 et à d'autres produits, seules sont déclarées les sommes afférentes aux spécialités mentionnées au premier alinéa de l'article L. 138-9-1, dans les conditions prévues au B et au C du I de l'article L. 138-17.

« Les sanctions prévues du deuxième au sixième alinéa de l'article L. 138-9-1 sont applicables, dans les mêmes conditions, aux entreprises mentionnées au présent article.

« Cette déclaration est effectuée selon un modèle et dans des conditions et délais fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. »

2° La section 3 du chapitre VIII du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi rétablie :

« Section 3

« Contribution à la charge des groupements de pharmacies d'officine »

« Art. L. 138-17. – I.–A. – Il est institué une contribution due à raison des sommes encaissées par les groupements de pharmacies d'officine mentionnés à l'article L. 5125-42 du code de la santé publique, ci-après « groupement », auprès d'entreprises assurant l'exploitation, l'importation parallèle, ou la distribution parallèle de spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17, ci-après « entreprise », en contrepartie de la fourniture en France des services ou prestations définis au B du présent I.

« B. – L'assiette taxable est constituée de l'ensemble des sommes perçues en contrepartie des services ou prestations suivants, lorsqu'ils sont réalisés en lien avec des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 :

« 1° La négociation ou l'obtention, pour le compte ou au bénéfice d'une ou de plusieurs pharmacies d'officine, de conditions commerciales portant sur des spécialités pharmaceutiques, notamment de prix, remises, ristournes ou avantages commerciaux ou financiers assimilés de toute nature ;

« 2° Le référencement de spécialités pharmaceutiques ou l'organisation de leur approvisionnement ;

« 3° La promotion ou l'animation commerciale de spécialités pharmaceutiques ainsi que la mise en relation avec un réseau officinal ou l'accès à un tel réseau ;

« 4° La collecte, le traitement, la mise à disposition ou la valorisation de données relatives à l'achat, à la vente ou à la dispensation de produits de santé par des pharmacies d'officine ;

« 5° Tout autre service qui, compte tenu de son objet ou de ses effets économiques, permet ou facilite la commercialisation de spécialités pharmaceutiques.

« Sont exclues de l'assiette mentionnée au B les sommes qui rémunèrent soit des activités où ces personnes se procurent les médicaments mentionnés au premier alinéa, soit des prestations de manipulation physique en vue de leur stockage ou de leur distribution en gros.

« C. – Lorsqu'un groupement exerce également une activité sur d'autres produits de santé que ceux mentionnés au B et qu'elle ne peut être séparée comptablement, le montant de l'assiette mentionnée au B est défini comme la somme de chaque encaissement versé en contrepartie d'un service ou prestation défini au B, chaque encaissement étant affecté d'un pourcentage représentatif de la part des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 dans ce service ou prestation.

« II. – A. – La contribution est assise sur le montant hors taxes tel que défini au B du I, des sommes encaissées par le groupement, au cours de l'année au titre de laquelle la contribution est due, en contrepartie d'un service ou d'une prestation mentionnés au B fourni en France.

« B. – Le montant de la contribution est calculé en appliquant à l'assiette définie au B un taux de 15 %.

« III. – A. – La contribution est précomptée par l'entreprise qui procède à son reversement dans les conditions du IV. Le précompte est opéré lors de chaque versement effectué au groupement bénéficiaire. Les sommes ainsi précomptées sont déduites du montant versé au groupement bénéficiaire et conservées par l'entreprise jusqu'à leur reversement à l'organisme mentionné au VI.

« B. – Les entreprises assurent la collecte, la conservation, la déclaration et le versement de la contribution dans les conditions du C du IV. Elles sont responsables du précompte effectué dans les conditions prévues au présent article.

« IV. – A. – La contribution est recouvrée et contrôlée en application des dispositions prévues aux dispositions des articles L. 138-20 à L. 138-23.

« B. – Les entreprises conservent, à l'appui de leur comptabilité, l'information des sommes encaissées mensuellement en contrepartie de chacun des services ou prestations taxables

mentionnés au B du I, et, le cas échéant, celles exclues de l'assiette, ainsi que les éléments de calcul de pourcentage mentionné au C du I. Ces informations sont tenues à la disposition de l'administration et lui sont communiquées sur sa demande.

« C. – Pour l'application du présent article, la France s'entend du territoire national, à l'exception des collectivités régies par l'article 74 de la Constitution, de la Nouvelle-Calédonie et des Terres australes et antarctiques françaises ;

« V. – A. – Au plus tard le 1^{er} octobre de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due, le comité économique des produits de santé communique aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 le montant déclaré par chaque entreprise en application de l'article L. 138-9-2, nécessaire à la mise en œuvre du recouvrement et du contrôle prévue au III.

« B. – Lorsque l'entreprise soumise à l'obligation de déclaration prévue à l'article L. 138-9-2 ne transmet pas les informations nécessaires à la détermination de la contribution due, l'organisme mentionné au VI peut établir et recouvrer son montant sur la base des informations et données dont il dispose, sans préjudice d'une régularisation ultérieure. Les dispositions de l'article L. 243-7-1-A sont applicables.

« C. – Le montant total des contributions précomptées au cours d'une année civile est versé à l'organisme mentionné au VI au plus tard le 1^{er} décembre suivant celle au titre de laquelle la contribution est due.

« VI. – Le produit de la contribution, recouvré par l'organisme compétent mentionné à l'article L. 213-1, est affecté à la branche mentionnée au 1^o de l'article L. 200-2.

« VII. – A des fins de contrôle de l'assiette taxable, tout groupement adresse annuellement par voie électronique, au plus tard le 31 mars de l'année qui suit celle d'exigibilité de la contribution, un bilan à la Caisse nationale de l'assurance maladie et aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Ce bilan précise les activités réalisées par le groupement au bénéfice des officines et les rémunérations qu'il a perçues auprès des entreprises et des officines, à l'exclusion de celles liées à la manipulation physique des produits de santé. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe son contenu et ses données.

3^o Au premier alinéa de l'article L. 138-20, après les mots : « L. 138-10, », sont insérés les mots : « L. 138-17, ».

III. – Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale, l'échéance de la convention nationale régissant les rapports entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'assurance maladie, conclue le 9 mars 2022 et approuvée le 31 mars 2022, est reportée au 9 mai 2028.

Les dispositions du 2^o et du 3^o du II du présent article s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2027.

Pour l'application de l'article L. 138-9-2 du code de la sécurité sociale en 2027, au titre de l'activité réalisée en 2026, les entreprises mentionnées à l'article L. 138-17 de ce code déclarent, au plus tard le 1^{er} septembre 2027, l'ensemble des sommes versées au cours de l'année 2026 à des entités réalisant l'une des activités mentionnées à l'article L. 5125-42 du code de la santé publique, en contrepartie des services ou prestations définis au B du I de l'article L. 138-17.

Exposé des motifs

La répartition de la valeur entre les différents acteurs de la distribution des médicaments a profondément évolué ces dernières années avec l'essor des groupements d'officine. Ces acteurs assurent un rôle de prestataires de services pour les officines en leur permettant de mutualiser certaines activités, dont la négociation avec les laboratoires pharmaceutiques. Ces acteurs ont des caractéristiques et des formes juridiques très diverses, allant de structures coopératives à des sociétés détenues par des fonds d'investissement, avec des degrés d'intégration variables. Ce rôle d'intermédiaire rémunéré entre les laboratoires et les officines leur permet aujourd'hui de bénéficier d'une part croissante de la rémunération de la chaîne de distribution du médicament remboursable alors qu'aucune mission de service public ne leur est attribuée. L'importance grandissante de ces groupements et les mécanismes sous-jacents de financiarisation nécessitent de mieux encadrer leur rôle et leur articulation avec l'ensemble des acteurs de la distribution du médicament, dans un secteur régulé.

Dans cet objectif, et afin de ne pas déséquilibrer et fragiliser la chaîne de distribution des médicaments, la mesure propose :

- de créer un statut juridique pour ces groupements afin notamment d'éviter l'essor d'acteurs parfois financiarisés et de préserver l'indépendance des pharmaciens, en s'assurant d'une information complète des officines adhérentes sur les rémunérations perçues depuis les laboratoires et en renforçant les obligations de contrôle de l'ordre des pharmaciens ;
- d'étendre les obligations de déclaration relevant des laboratoires pharmaceutiques pour qu'elles couvrent les sommes versées pour améliorer la commercialisation de leurs médicaments remboursables, qu'elles soient directement versées aux officines ou à des intermédiaires tels que ces groupements ;
- de diminuer la capacité des groupements à s'intercaler comme intermédiaires entre les acteurs régulés de la chaîne de distribution du médicament, en privilégiant la rémunération des groupements directement par les pharmaciens pour les services qu'ils leur proposent, par la création d'une contribution sur les rémunérations perçues par les groupements auprès des laboratoires.

Enfin, la mesure prévoit un décalage d'une année de l'échéance de la convention liant l'assurance maladie et les pharmaciens d'officine.

Article 11

[Régulation macro-économique des produits de santé]

I. – Au VIII de l'article 28 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026, le montant : « 22,10 milliards d'euros » est remplacé par le montant : « 22,15 milliards d'euros ».

II. – Pour l'année 2027, le montant M mentionné à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale est fixé à 22,44 milliards d'euros.

III. – Pour l'année 2027, le taux de base et le taux différencié mentionnés au D du III de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale sont fixés, respectivement, à 7,06 % et à 4,01 %.

IV. – Pour l'année 2027, le montant Z mentionné à l'article L. 138-19-8 du code de la sécurité sociale est fixé à 2,24 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Le présent article fixe plusieurs paramètres applicables, au titre des années 2026 et 2027, aux contributions dues par les entreprises assurant l'exploitation de médicaments et de dispositifs médicaux.

Il relève tout d'abord de 50 millions d'euros le montant M applicable au titre de l'année 2026, qui est ainsi porté de 22,10 à 22,15 milliards d'euros. Cette révision vise à tenir compte des incertitudes entourant la dynamique des dépenses liées à plusieurs produits récemment inscrits au remboursement. Cet ajustement technique vise à réduire la probabilité que la clause de sauvegarde se déclenche, tout en préservant son rôle de corde de rappel en cas de dérapage des dépenses.

L'article fixe ensuite à 22,44 milliards d'euros le montant M applicable au titre de l'année 2027. Ce montant est établi au regard des prévisions de dépenses de médicaments pour l'année 2027 pour faire en sorte que la clause de sauvegarde n'ait vocation à se déclencher qu'en cas de dérapage des dépenses par rapport à la trajectoire retenue.

L'article fixe également, pour l'année 2027, à 7,06 % le taux de base et à 4,01 % le taux différencié de la contribution supplémentaire mentionnée à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale. Ces taux sont déterminés au regard du rendement attendu de cette contribution de 1,7 milliard d'euros (de moindres baisses de tarifs venant compenser la stabilité globale de la régulation économique du secteur).

Enfin, il fixe à 2,24 milliards d'euros le montant Z applicable au titre de l'année 2027 à la contribution due par les entreprises assurant l'exploitation de dispositifs médicaux.

Article 12

[Prorogation de la contribution exceptionnelle au financement du système de santé et de la couverture santé des Français les plus précaires de 2,05% à la charge des organismes complémentaires au titre de 2027]

Le I de l'article 13 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après les mots : « Il est institué, », il est inséré le mot : « respectivement » et après le mot : « 2026 » sont insérés les mots : « et de l'année 2027 » ;

2° A la première phrase du deuxième alinéa, après le mot : « stipulées », il est inséré le mot : « respectivement » et après le mot : « 2026 » sont insérés les mots : « et en 2027 » ;

3° A la seconde phrase du quatrième alinéa, après les mots : « au plus tard », il est inséré le mot : « respectivement » et après le mot : « 2027 » sont insérés les mots : « et le 30 juin 2028 ».

Exposé des motifs

Depuis 2012, la part de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) financée par l'assurance maladie obligatoire a progressé. Elle s'établit à 79,4 % en 2024, contre 77,1 % en 2012, tandis que la part prise en charge par les organismes complémentaires demeure légèrement inférieure à son niveau de 2012, à 12,8 % contre 13,1 %.

Dans le même temps, les cotisations d'assurance maladie complémentaire ont connu une progression soutenue, atteignant 6 % en 2023 puis 8,2 % en 2024, correspondant à une hausse des cotisations de 3,5 milliards d'euros en valeur pour cette même année. De nouvelles hausses ont également été décidées pour 2025, alors même que le transfert de charges de l'assurance maladie obligatoire vers les organismes complémentaires initialement envisagé par le Gouvernement de Michel Barnier n'a pas été mis en œuvre.

Dans ce contexte, l'article 13 de la LFSS pour 2026 a prévu une contribution exceptionnelle des organismes complémentaires au financement des dépenses d'assurance maladie, participant ce faisant à la limitation de son déficit et au financement de la complémentaire santé solidaire (C2S). Le taux de la contribution a été fixé à 2,05 %. Elle est assise sur l'ensemble des sommes stipulées en 2026 par les mutuelles, assurances et institutions de prévoyance à raison des contrats sur le risque maladie, soit la même assiette que celle de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA). Ses modalités de recouvrement et de régularisation annuelle sont également identiques à celles prévues pour cette taxe.

L'objet de la présente mesure est de proroger cette contribution exceptionnelle pour une année supplémentaire.

Article 13

[Réforme du financement des départements pour les dépenses APA/PCH]

I. – Le *b* de l'article L. 3332-1 du code général des collectivités territoriales est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 11° Dans les conditions précisées à l'article XX de la loi XXX, une part du produit des contributions mentionnées au 2° du I de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale. »

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

1° À l'article L. 223-11 :

a) Avant le premier alinéa est inséré un « I. » ;

b) Au 1°, les mots : « en 2025, » sont remplacés par les mots : « pour l'année au titre de laquelle le concours est versé. Ces dépenses sont » ;

c) Après le treizième alinéa est ajouté un II ainsi rédigé :

« II. – Le montant de concours calculé dans les conditions prévues au I est versé sous forme d'une dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux départements après

déduction du montant prévu au 1° du IV de l'article X de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2027. » ;

d) Avant le dernier alinéa est inséré un « III. » ;

2° À l'article L. 223-12 :

a) Avant le premier alinéa est inséré un « I. » ;

b) Au 1°, les mots : « l'année 2025 » sont remplacés par les mots : « l'année au titre de laquelle le concours est versé. Ces dépenses sont » ;

c) Après le huitième alinéa est inséré un « II. » ainsi rédigé :

« II. – Le montant de concours calculé dans les conditions prévues au I est versé sous forme d'une dotation de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux départements après déduction du montant prévu au 2° du IV de l'article X de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2027. » ;

d) Avant le dernier alinéa est inséré un « III. » ;

3° À l'article L. 223-8, le g du 3° est supprimé ;

4° Le 2° de l'article L. 241-6-2 est complété par les mots : « et à l'article XX de la loi XXX de financement de la sécurité sociale pour 2027 ».

III. – A compter de 2027, un montant de trois cent millions d'euros, correspondant à une part du produit des contributions mentionnées au 2° du I de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale affecté à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en application du c du 3° *bis* de l'article L. 131-8 du même code, est versé aux départements, à la Ville de Paris, à la métropole de Lyon, à la collectivité territoriale de Guyane, à la collectivité territoriale de Martinique, à la collectivité de Corse et au Département de Mayotte, ainsi qu'à Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Pierre-et-Miquelon, pour la couverture d'une partie des dépenses mentionnées au a et au b du 3° de l'article L. 223-8 du même code, dans les conditions définies au IV du présent article.

IV. – Le montant mentionné au III est réparti entre les bénéficiaires au prorata de la part du montant total des concours prévisionnels alloués par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au titre de l'année 2025.

1° Les montants de contribution sont alloués aux bénéficiaires en fonction de la part du montant du concours mentionné à l'article L. 223-11 du code de la sécurité sociale dont ils bénéficient conformément au tableau ci-après :

Code département	Département	Montant de CSG
01	AIN	1 733 392
02	AISNE	2 176 623
03	ALLIER	1 702 274

04	ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	757 765
05	HAUTES-ALPES	619 681
06	ALPES-MARITIMES	4 125 708
07	ARDÈCHE	1 515 447
08	ARDENNES	1 291 947
09	ARIÈGE	744 306
10	AUBE	1 207 029
11	AUDE	1 666 565
12	AVEYRON	1 740 911
13	BOUCHES-DU-RHÔNE	7 204 739
14	CALVADOS	2 594 474
15	CANTAL	706 030
16	CHARENTE	1 553 592
17	CHARENTE MARITIME	2 284 785
18	CHER	1 197 832
19	CORRÈZE	837 466
20	COLLECTIVITE DE CORSE	2 148 964
21	CÔTE-D'OR	1 709 805
22	CÔTES-D'ARMOR	2 069 642
23	CREUSE	699 091
24	DORDOGNE	2 214 403
25	DOUBS	1 718 405
26	DRÔME	2 471 731
27	EURE	1 912 477
28	EURE-ET-LOIR	1 239 715
29	FINISTÈRE	2 274 948
30	GARD	2 894 442
31	HAUTE-GARONNE	3 774 213
32	GERS	989 808
33	GIRONDE	5 190 030
34	HÉRAULT	5 713 275
35	ILLE-ET-VILAINE	3 907 659
36	INDRE	1 108 875
37	INDRE ET LOIRE	2 052 950
38	ISÈRE	4 484 694
39	JURA	959 956
40	LANDES	1 706 091

41	LOIR-ET-CHER	1 522 446
42	LOIRE	3 359 373
43	HAUTE-LOIRE	1 046 339
44	LOIRE-ATLANTIQUE	3 544 088
45	LOIRET	2 311 473
46	LOT	803 353
47	LOT-ET-GARONNE	1 390 442
48	LOZÈRE	398 787
49	MAINE-ET-LOIRE	1 576 403
50	MANCHE	1 870 140
51	MARNE	1 453 850
52	HAUTE-MARNE	546 354
53	MAYENNE	721 869
54	MEURTHE-ET-MOSELLE	2 417 658
55	MEUSE	714 818
56	MORBIHAN	2 494 856
57	MOSELLE	3 123 028
58	NIÈVRE	794 427
59	NORD	9 446 589
60	OISE	1 892 564
61	ORNE	1 306 341
62	PAS-DE-CALAIS	5 981 440
63	PUY-DE-DÔME	1 979 747
64	PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	2 698 493
65	HAUTES-PYRÉNÉES	1 403 916
66	PYRÉNÉES-ORIENTALES	2 206 765
67 68	COLLECTIVITE EUROPEENNE D'ALSACE	4 960 536
69	RHÔNE	1 486 157
69M	METROPOLE DE LYON	3 798 176
70	HAUTE-SAÔNE	948 716
71	SAÔNE-ET-LOIRE	2 503 682
72	SARTHE	1 886 492
73	SAVOIE	1 213 877
74	HAUTE-SAVOIE	2 002 908
75	PARIS	2 691 139
76	SEINE-MARITIME	4 961 733
77	SEINE-ET-MARNE	2 653 961

78	YVELINES	2 256 253
79	DEUX-SÈVRES	1 325 451
80	SOMME	2 123 382
81	TARN	1 756 095
82	TARN-ET-GARONNE	1 084 196
83	VAR	5 254 039
84	VAUCLUSE	2 091 786
85	VENDÉE	2 410 814
86	VIENNE	1 611 441
87	HAUTE-VIENNE	1 532 633
88	VOSGES	1 268 938
89	YONNE	1 217 405
90	TERRITOIRE DE BELFORT	605 506
91	ESSONNE	2 381 033
92	HAUTS-DE-SEINE	1 762 832
93	SEINE-SAINT-DENIS	3 914 583
94	VAL-DE-MARNE	3 332 740
95	VAL-D'OISE	2 193 948
971	GUADELOUPE	1 848 107
972	MARTINIQUE	2 536 969
973	GUYANE	339 307
974	LA RÉUNION	6 750 750
975	SAINT-PIERRE-ET- MIQUELON	24 517
976	MAYOTTE	2 305 209
977	SAINT-BARTHELEMY	16 089
978	SAINT-MARTIN	74 032
TOTAL		225 032 730

2° Les montants de contribution sont alloués aux bénéficiaires en fonction de la part du montant des concours mentionné à l'article L. 223-12 du code de la sécurité sociale dont ils bénéficient conformément au tableau ci-après :

Code département	Département	Montant de CSG
01	AIN	630 451
02	AISNE	595 381
03	ALLIER	380 033

04	ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE	171 960
05	HAUTES-ALPES	154 983
06	ALPES-MARITIMES	1 147 229
07	ARDÈCHE	354 719
08	ARDENNES	286 120
09	ARIÈGE	167 419
10	AUBE	334 111
11	AUDE	651 791
12	AVEYRON	347 150
13	BOUCHES-DU-RHÔNE	3 057 600
14	CALVADOS	737 279
15	CANTAL	176 535
16	CHARENTE	345 621
17	CHARENTE MARITIME	659 724
18	CHER	391 871
19	CORRÈZE	226 103
20	COLLECTIVITE DE CORSE	533 746
21	CÔTE-D'OR	551 581
22	CÔTES-D'ARMOR	647 907
23	CREUSE	149 716
24	DORDOGNE	450 734
25	DOUBS	523 458
26	DRÔME	622 184
27	EURE	710 569
28	EURE-ET-LOIR	481 797
29	FINISTÈRE	1 006 199
30	GARD	906 157
31	HAUTE-GARONNE	1 827 232
32	GERS	241 883
33	GIRONDE	2 463 206
34	HÉRAULT	1 686 854
35	ILLE-ET-VILAINE	1 263 266
36	INDRE	249 791
37	INDRE ET LOIRE	696 294
38	ISÈRE	1 474 154
39	JURA	277 758

40	LANDES	374 041
41	LOIR-ET-CHER	364 770
42	LOIRE	888 353
43	HAUTE-LOIRE	288 041
44	LOIRE-ATLANTIQUE	1 582 719
45	LOIRET	693 425
46	LOT	160 333
47	LOT-ET-GARONNE	378 080
48	LOZÈRE	119 500
49	MAINE-ET-LOIRE	826 125
50	MANCHE	528 759
51	MARNE	585 898
52	HAUTE-MARNE	179 779
53	MAYENNE	317 266
54	MEURTHE-ET-MOSELLE	824 343
55	MEUSE	167 871
56	MORBIHAN	710 474
57	MOSELLE	986 061
58	NIÈVRE	222 404
59	NORD	3 162 953
60	OISE	922 897
61	ORNE	265 695
62	PAS-DE-CALAIS	1 865 133
63	PUY-DE-DÔME	662 955
64	PYRÉNÉES-ATLANTIQUES	811 413
65	HAUTES-PYRÉNÉES	292 864
66	PYRÉNÉES-ORIENTALES	587 906
67_68	COLLECTIVITE EUROPEENNE D'ALSACE	1 820 608
69	RHÔNE	462 073
69M	METROPOLE DE LYON	1 709 864
70	HAUTE-SAÔNE	215 888
71	SAÔNE-ET-LOIRE	636 797
72	SARTHE	676 358
73	SAVOIE	354 763
74	HAUTE-SAVOIE	726 193
75	PARIS	1 557 514

76	SEINE-MARITIME	1 493 475
77	SEINE-ET-MARNE	1 338 059
78	YVELINES	1 403 151
79	DEUX-SÈVRES	388 867
80	SOMME	647 087
81	TARN	463 976
82	TARN-ET-GARONNE	296 576
83	VAR	1 412 929
84	VAUCLUSE	553 407
85	VENDÉE	686 876
86	Vienne	434 505
87	HAUTE-VIENNE	390 792
88	VOSGES	318 014
89	YONNE	387 216
90	TERRITOIRE DE BELFORT	156 878
91	ESSONNE	1 221 970
92	HAUTS-DE-SEINE	1 303 473
93	SEINE-SAINT-DENIS	2 054 224
94	VAL-DE-MARNE	1 458 144
95	VAL-D'OISE	1 168 327
971	GUADELOUPE	543 319
972	MARTINIQUE	521 075
973	GUYANE	266 266
974	LA RÉUNION	1 275 299
975	SAINT-PIERRE-ET-MIQUELON	7 519
976	MAYOTTE	226 878
977	SAINT-BARTHELEMY	7 257
978	SAINT-MARTIN	31 027
TOTAL		74 967 270

V. – Le montant mentionné au III et chacun des montants prévus au IV sont revalorisés chaque année à hauteur de la progression du rendement global de la contribution sociale généralisée prévue aux articles L. 136-1 à L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale entre l'avant-dernière et la dernière année, tel que ce rendement figure dans le dernier rapport remis par la commission prévue à l'article L. 114-1 du même code.

VI. – Les modalités de notification et de versement par l'organisme mentionné à l'article L. 225-1 du code de la sécurité sociale du montant mentionné au III sont définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Exposé des motifs

La réforme des financements des départements par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) intervenue au titre de l'article 81 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2025 a simplifié les modalités de financement des politiques de l'autonomie aux départements en regroupant les dépenses concernant les personnes âgées (concours « PA »), et celles concernant les personnes en situation de handicap (concours « PH »).

Dans la continuité de cette réforme, la présente mesure diversifie le financement des départements au titre de leurs charges en matière d'autonomie.

Elle répond ainsi à la demande des départements d'obtenir une part de contribution sociale généralisée pour couvrir leurs dépenses. Elle permet en outre de poursuivre la dynamique de simplification des concours engagée en 2025 et ne remet pas en cause l'engagement pris à ce titre.

Article 14

[Clarifier les transferts financiers au sein de la 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 : « 58,35 % » est remplacé par le taux : « 52,32 % » ;
- Au troisième alinéa, le taux : « 10,74 % » est remplacé par le taux : « 6,84 % » ;
- Au quatrième alinéa, le taux : « 24,77 % » est remplacé par le taux : « 34,94 % » ;
- Au cinquième alinéa, le taux : « 6,14 % » est remplacé par le taux : « 5,91 % » ;

b) Au 3° :

- Au premier alinéa, après les mots : « aux 1° » sont insérés les mots ; « , à l'exception de la contribution assise sur les indemnités journalières perçues à l'occasion de la maladie, » ;

- Au troisième alinéa du *a*, le taux : « 0,68 % » est remplacé par le taux : « 0,79 % » ;
- Au troisième alinéa du *b*, le taux : « 5,30 % » est remplacé par le taux : « 6,15 % » ;
- Au *c*, le taux : « 0,22 % » est remplacé par le taux : « 0,26 % » ;

c) Après le 3°, est inséré un 3° *bis* ainsi rédigé :

« 3° *bis* Le produit de la contribution mentionnée au 1° du I de l'article L.136-8 assise sur les indemnités journalières perçues au titre de la maladie est versé :

« a) À la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2, pour la part correspondant à un taux de 4,14 % ;

« b) À la branche mentionnée au 4° de l'article L. 200-2, pour la part correspondant à un taux de 1,45 % ;

« c) À la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pour la part correspondant à un taux de 3,16 % ;

« d) À la Caisse d'amortissement de la dette sociale, pour la part correspondant à un taux de 0,45 %. » ;

d) Les 3° bis, 3° ter et 3° quater deviennent respectivement les 3° ter, 3° quater et 3° quinquies ;

2° A l'article L. 223-1 :

a) Le 5° est complété par les mots : « , ainsi qu'au service par le régime géré par la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales de ces mêmes majorations, à l'exception des majorations supplémentaires attribuées à partir du quatrième enfant » ;

b) Au a du 6°, les mots : « d'une fraction de 60 % » sont remplacés par les mots : « de la totalité » ;

c) Aux 7° et 8°, les mots : « dans la limite du plafond » sont remplacés par les mots : « dans une limite ne pouvant dépasser le plafond » ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 225-1-3, la référence : « 6° » est remplacée par la référence : « 2° » ;

4° A l'article L. 225-1-4 :

a) Au 2°, la référence : « 6° » est remplacée par la référence : « 2° » ;

b) La première phrase du 3° est complétée par : « , lorsque cette centralisation ou ce recouvrement ont pour conséquence, par rapport à la situation antérieure à ceux-ci, de retarder les dates auxquelles ces recettes, cotisations ou contributions sont reversées à ces organismes. »

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

1° A l'article L. 723-11 :

a) A la première phrase de l'avant dernier alinéa, les mots : « Sous réserve de dispositions législatives ou réglementaires spécifiques, » et les mots : « par décret en Conseil d'Etat, pour le recouvrement des cotisations et contributions mentionnées aux 1° à 4° du III de l'article L. 725-3 ainsi que des majorations de retard y afférentes, et » sont supprimés et sont ajoutés les mots : « des sommes dont les organismes de mutualité sociale agricole assurent le recouvrement » ;

b) A la seconde phrase du même alinéa, les mots qui suivent le mot : « concernés » sont supprimés ;

c) Après l'avant dernier alinéa il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation à l'alinéa précédent, pour le recouvrement des cotisations et contributions sociales mentionnées aux 2° et 4° du III de l'article L. 725-3 ainsi que des majorations et pénalités de retard y afférentes, le montant des frais de gestion est déterminé par l'application aux versements mentionnés au deuxième alinéa de ce même III du même article d'un taux fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget. » ;

2° Au III de l'article L. 725-3 :

a) Le 1° est abrogé ;

b) Après le 4°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au deuxième alinéa du présent III, pour les versements effectués à compter du 1^{er} janvier 2027 et jusqu'au 31 décembre 2031, le taux mentionné à ce même alinéa est fixé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget, par attributaire ou catégorie d'attributaires, par référence aux taux fixés en application de l'antépénultième alinéa du 5° de l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale. » ;

III. – L'ordonnance n° 2026-648 du 22 juillet 2026 relative à la sécurité sociale à Saint-Pierre-et-Miquelon est ratifiée, l'article 7 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 dans sa version en résultant étant ainsi modifié :

1° Au troisième alinéa, les mots : « la caisse nationale de l'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du code la sécurité sociale » ;

2° Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« En cas de besoin ponctuel de trésorerie non couvert par la contribution mentionnée au précédent alinéa, la caisse de prévoyance sociale peut recourir à des avances auprès de la caisse mentionnée à l'article L. 221-1 du code de la sécurité sociale. Les conditions de recours à ces avances sont déterminées par décret. »

IV. – Au I de l'article 49 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, les mots : « l'État » sont remplacés par les mots : « la Caisse nationale d'assurance vieillesse ».

V. – La dernière phrase du premier alinéa du VI du 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 est remplacée par la phrase : « Elle enregistre les opérations relatives à la contribution tarifaire dans une section comptable spécifique. »

VI.- A. – À titre exceptionnel et dans la limite du montant constaté au 31 décembre 2026, l'excédent cumulé de la section comptable visée au VI de 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 fait l'objet d'un transfert à l'État, qui l'enregistre en fonds propres dans ses comptes.

B. – Pour l'application du A, la Caisse nationale des industries électriques et gazières réalise un premier versement à l'État avant le 31 décembre 2026 d'un montant de 1 900 000 000 euros. Le versement du solde, dont le montant, fixé dans le respect de la limite mentionnée au A, et les modalités sont déterminés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, est effectué avant le 31 décembre 2027.

VII. – Le c du 2° du I est applicable à compter du 1^{er} janvier 2026.

Exposé des motifs

Cet article procède à plusieurs réaffectations de recettes entre les différentes branches de la sécurité sociale afin, d'une part, de tirer les conséquences financières de certaines dispositions du présent projet de loi et du projet de loi de finances et, d'autre part, de modifier la nature des dépenses prises en charge par les branches.

Afin de tenir compte de la restitution à l'Etat du rendement intégral du gel du barème des allègements généraux pour les années 2026 et 2027, qui conduit à une réduction en PLF de la TVA affectée à la CNAM de 5,6 Md€, ainsi que pour tenir compte des plusieurs effets liés à l'entrée en vigueur de la réduction générale dégressive unique au 1^{er} janvier 2026, il convient de répartir la baisse de TVA entre l'ensemble des branches, à proportion de l'économie générée pour chacune d'elles par le gel des allègements généraux. La TVA étant affectée uniquement à la CNAM, c'est l'affectation de la taxe sur les salaires qui est modifiée à cet effet.

Le présent article organise également la prise en charge par la branche famille de certaines dépenses. Ainsi, conformément aux recommandations du rapport de l'IGAS, de l'IGF et de l'IGA de 2024 sur la situation financière de la CNRACL, cette branche prendra en charge uniquement le coût des majorations de pension pour les assurés ayant eu ou élevé trois enfants versées par le régime des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers, à l'instar de la prise en charge des majorations de pension de retraite de base pour les retraités relevant du régime général et d'autres régimes, déjà assurée par la CNAF. En outre, la mesure précise que la prise en charge par la branche famille des dépenses des indemnités journalières liées au congé supplémentaire de naissance ne peut dépasser le plafond annuel de la sécurité sociale, et elle prévoit enfin la prise en charge par la branche famille de la totalité des dépenses d'indemnité journalière au titre du risque maternité, versées par la branche maladie, et dont elle assurait déjà une partie du financement.

L'article modifie par ailleurs certaines dispositions relatives à la répartition de la contribution sociale généralisée entre ses attributaires afin de tirer les conséquences d'une disposition relative à l'assujettissement des indemnités journalières maladie prévue dans le projet de loi de finances pour 2027.

Il est également proposé, de préciser le cadre dans lequel l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) peut consentir des avances de trésorerie à des organismes tiers en limitant cette possibilité aux seuls organismes pour lesquels le transfert de recouvrement aux URSSAF peut engendrer une difficulté de trésorerie. Dans le même domaine de la gestion de trésorerie, l'article prévoit la sécurisation de la mise en œuvre du dispositif permettant de passer d'un reversement des sommes collectées à un reversement des sommes dues aux tiers dans le régime agricole.

Il modifie certaines dispositions relatives à l'équilibre financier et à la gestion de la trésorerie de la caisse de prévoyance sociale de Saint-Pierre-et-Miquelon, du fait de la publication de l'ordonnance du 22 juillet 2026 relative à la sécurité sociale à Saint-Pierre-et-Miquelon dont il propose la ratification.

Enfin, cet article organise un prélèvement exceptionnel au bénéfice de l'Etat des excédents constatés par la Caisse nationale des industries électriques et gazières (CNIEG) au titre de la contribution tarifaire à l'acheminement (CTA).

TITRE II

CONDITIONS GENERALES DE L'EQUILIBRE FINANCIER DE LA SECURITE SOCIALE

Article 15

[Approbation du montant de la compensation des exonérations ciblées]

Est approuvé le montant de 8,9 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 2027.

Exposé des motifs

Les crédits ouverts sur le budget de l'État en compensation d'exonérations s'élèvent à 8,87 milliards d'euros en 2027. Ce montant est en baisse de 28 millions d'euros par rapport aux crédits ouverts en loi de finances initiale pour 2026, qui s'élevaient à 8,90 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. Il tient compte de la compensation par l'Etat, en application des textes financiers pour 2026, de 2,6 milliards d'euros d'exonérations antérieurement non-compensées (heures supplémentaires, stagiaires en milieu professionnel, contrats uniques d'insertion et contrats d'accompagnement dans l'emploi, contrats de sécurisation professionnelle) ainsi que de l'évolution du coût des dispositifs compensés.

Article 16

[Tableau d'équilibre 2027]

Pour l'année 2027 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	269,3	277,1	-7,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	18,0	19,5	-1,5
Vieillesse	311,4	316,2	-4,8
Famille	61,8	60,2	1,6
Autonomie	44,2	44,4	-0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	683,7	696,4	-12,7

Exposé des motifs

En 2027, le solde de l'ensemble des régimes obligatoires de base atteindrait -12,7 milliards d'euros, après -21,8 milliards d'euros en 2026. Cette nette amélioration du solde (9,1 milliards d'euros) repose sur une progression des dépenses bien moindre que celle des recettes. Les dépenses augmenteraient de 2,0 %, en lien avec une progression de l'ONDAM de 2,0 %, avec la revalorisation différenciée des pensions portée par le présent PLFSS ainsi que des mesures d'économies sur les prestations familiales. Les recettes augmenteraient de 3,4 %, portées

notamment par la masse salariale du secteur privé qui progresserait de 2,4 % et par des mesures nouvelles.

Ainsi, la sécurité sociale bénéficiera, entre autres, du prolongement pour un an de la participation exceptionnelle des organismes complémentaires au financement de l'assurance maladie (+1,1 milliard d'euros) ainsi que de la fiscalisation partielle des indemnités journalières versées au titre des affections de longue durée et de la fiscalisation complète des indemnités journalières versées au titre des arrêts de travail et maladie professionnelles (+1,0 milliard d'euros en 2027 et 0,6 milliards d'euros par an à terme). Cette affectation se substituera à celle du rendement de la mesure de fiscalisation totale des indemnités journalières qui avait été affectée à la sécurité sociale dans les textes financiers pour 2026, mais était finalement sans objet du fait de l'abandon de la mesure dans la loi de finances pour 2026. La trajectoire tient également compte de l'alignement du taux de CSG appliqué sur les indemnités journalières maladie (+0,4 milliard d'euros) sur celui applicable aux revenus d'activité, et, enfin, pour un rendement de 0,3 milliard chacune, d'une contribution sur les produits sucrés transformés, de l'unification du régime social applicable aux indemnités de rupture et d'une réforme de la tarification aux entreprises des accidents du travail et des maladies professionnelles.

La mesure d'harmonisation du régime social applicable aux compléments de salaires et de pérennisation de la prime de partage de la valeur et du dispositif de rachat de jours de réduction du temps de travail améliorera le solde des ROBSS de 3,7 milliards d'euros. La fraction de TVA affectée par l'Etat à la sécurité sociale tiendra compte de la baisse du coût des allègements généraux suite au gel du barème de la réduction générale, soit 5,6 milliards d'euros en tenant compte des effets retour sur la compensation des allègements généraux de l'UNEDIC et de l'AGIRC-ARRCO.

Article 17

[Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du FRR]

I. - Pour l'année 2027, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 16,5 milliards d'euros.

II. - Pour l'année 2027, 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 2027, la dette restant à amortir par la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) devrait s'élever à 104,2 milliards d'euros, 290,7 milliards d'euros ayant déjà été amortis par la caisse. Ce montant tient compte du transfert de 15 milliards d'euros supplémentaires à la CADES réalisé en 2026.

Article 18**[Liste et plafonds de trésorerie des régimes et organismes habilités à recourir à des ressources non permanentes]**

I. – Sont habilités en 2027 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	85 000
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel ferroviaire - période du 1 ^{er} au 6 janvier 2027	530
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel ferroviaire - période du 7 janvier au 31 décembre 2027	370
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	440
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	15 300

II. – Au chapitre 9 *ter* du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale :

1° Au deuxième alinéa de l'article L. 139-3, le mot : « négociables » est supprimé ;

2° A l'article L. 139-5, le mot : « négociables » est supprimé.

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. A ce titre, le présent article propose dans un premier temps de fixer la liste des organismes pouvant recourir à l'emprunt et les plafonds maximaux autorisés pour faire face à leurs besoins de trésorerie.

L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (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 fixé à 85 milliards d'euros pour l'exercice 2027, soit un montant légèrement supérieur au plafond autorisé en LFSS pour 2026, qui avait été fixé à 83 Md€. Ce relèvement modéré est rendu possible par les mesures d'économies réalisées en 2026 et prévues pour 2027 dans le présent projet de loi, par la reprise par la CADES des déficits des branches maladie et vieillesse du régime général pour un montant de 15 Md€ en 2026, ainsi que par l'effet de la mesure relative aux modalités de paiement des remises conventionnelles des laboratoires pharmaceutiques adoptée dans la LFSS pour 2026. Ces différentes mesures concourent en effet à réduire fortement le besoin de financement sur les deux années 2026 et 2027. Le plafond de l'ACOSS correspond au maximal 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 disposer en permanence d'environ un mois d'avance de trésorerie. 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 (CPRPF) est fixé à 530 millions d'euros pour la période courant du 1^{er} au 6 janvier 2027, puis à 370 millions d'euros pour le reste de l'année 2027, soit un niveau équivalent au plafond fixé pour l'année 2026. Le premier plafond permettra à la caisse de couvrir ses engagements avant qu'elle encaisse le premier versement de la contribution d'équilibre de l'État aux régimes retraite et maladie.

Le plafond d'emprunt de la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) est quant à lui fixé à 440 millions d'euros, en légère baisse par rapport à 2026.

Enfin, le besoin de financement de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) augmenterait en 2027 sous l'effet de l'accumulation de ses déficits passés. En 2027, malgré un retour à l'équilibre, l'augmentation du besoin de financement du régime conduit à augmenter son plafond d'emprunt de 1,6 milliards d'euros par rapport à 2026 et de la fixer à 15,3 milliards d'euros.

Le présent article propose également de clarifier le cadre d'emprunt de l'ACOSS et les catégories d'instruments auxquels elle peut recourir. L'article L. 139-3 du code de la sécurité sociale détermine les conditions du recours par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) à des ressources non permanentes. Ces ressources non permanentes peuvent consister en des avances de trésorerie, des emprunts auprès d'établissements bancaires et de la Caisse des dépôts et consignations et des titres de créances négociables émis sur les marchés financiers. Jusqu'en 2024, l'ACOSS était autorisée à recourir à des ressources non permanentes dans la limite d'une durée d'un an. La LFSS pour 2025 a allongé la durée maximale des emprunts de l'ACOSS sur les marchés financiers, autorisant les émissions jusqu'à 24 mois, dans la limite d'un encours total de dette dont la durée moyenne pondérée est inférieure à un an. Cet allongement des conditions d'emprunt avait pour objectif de permettre à l'Agence de diversifier ses sources de financement en accédant aux marchés financiers français et internationaux de moyen terme.

Tirant parti de l'intérêt démontré par les investisseurs à la suite du lancement et de la montée en charge du premier programme d'émissions de moyen-terme déployé par l'ACOSS à la fin de l'année 2025, la mesure proposée vise à donner sa pleine effectivité à la disposition d'allongement du cadre d'emprunt prévue par la LFSS pour 2025, sans remettre en cause le statut d'emprunteur de court-terme de l'ACOSS. Le présent article vise à permettre à l'ACOSS d'accéder au marché des *Euro Medium Term Notes*, sur lequel sont présents de nombreux investisseurs internationaux, dans le cadre prévu par la LFSS pour 2025 qui limite la durée maximale des émissions à 24 mois.

Article 19**[Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale (annexe "A")]**

Est approuvé le rapport figurant en annexe à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2027 à 2030), 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

Le présent article vise à approuver la trajectoire pluriannuelle des régimes obligatoires de base présentée dans l'annexe à la loi de financement de la sécurité sociale.

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 2030 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 projet de loi de financement de la sécurité sociale.

TROISIEME PARTIE**DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES POUR L'EXERCICE 2027****TITRE I^{er}****DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES****CHAPITRE I^{er}****RENFORCER L'ACCES AUX SOINS****Article 20****[Renforcer la coordination entre le médecin traitant, le médecin du travail et le médecin conseil pour améliorer le suivi médical des personnes en arrêts de travail de longue durée et prévenir la désinsertion professionnelle]**

I. – La section 2 du chapitre II du titre III du livre VIII du code rural et de la pêche maritime est ainsi modifiée :

1° A l'avant-dernier alinéa de l'article L. 732-4, après la référence : « L. 323-3-1, » sont insérées les références: «L. 323-4-1, L. 323-4-2, » ;

2° Après l'article L. 752-5-2, il est inséré un article L. 752-5-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 752-5-3.* - Au cours de toute interruption de travail dépassant trente jours et lorsque l'assuré présente un risque de désinsertion professionnelle, le médecin traitant ou le médecin spécialiste qui prend en charge l'assuré, le médecin du service du contrôle médical et le médecin du travail peuvent, à l'initiative de l'un d'eux, qui recueille l'accord de la personne préalablement informée, tenir une réunion de concertation sur sa situation.

« Par dérogation à l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, ces médecins et les autres professionnels de santé du service du contrôle médical et du service de santé au travail qui

participent à cette réunion peuvent échanger et partager, pendant et à l'issue de cette réunion de concertation, des informations strictement nécessaires à l'évaluation de la situation de l'assuré, à la préparation de son retour à l'emploi ou à son orientation vers des mesures d'accompagnement, d'évolution ou de formation professionnelle.

« Les conditions et les modalités de mise en œuvre du présent article pour ce qui concerne l'échange et le partage d'informations entre professionnels de santé sont définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés ».

II. – A l'article L. 1111-15 du code de la santé publique, après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'identifiant et les coordonnées du médecin du travail sont versés dans le dossier médical partagé. »

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

1° Le 13° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est ainsi complété :

« ainsi que les actions de concertation visant à lutter contre la désinsertion professionnelle prévues à l'article L. 323-4-2 et à l'article L. 752-5-3 du code rural et de la pêche maritime.

2° Après l'article L. 323-4-1, il est inséré un article L. 323-4-2 ainsi rédigé :

Au cours de toute interruption de travail dépassant trente jours et lorsque l'assuré présente un risque de désinsertion professionnelle, le médecin traitant ou le médecin spécialiste qui prend en charge l'assuré, le médecin du service du contrôle médical et le médecin du travail peuvent, à l'initiative de l'un d'eux, qui recueille l'accord de la personne préalablement informée, tenir une réunion de concertation sur sa situation.

« Par dérogation à l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, ces médecins et les autres professionnels de santé du service du contrôle médical et du service de santé au travail qui participent à cette réunion peuvent échanger et partager, pendant et à l'issue de cette réunion de concertation, des informations strictement nécessaires à l'évaluation de la situation de l'assuré, à la préparation de son retour à l'emploi ou à son orientation vers des mesures d'accompagnement, d'évolution ou de formation professionnelle.

« Les conditions et les modalités de mise en œuvre du présent article pour ce qui concerne l'échange et le partage d'informations entre professionnels de santé sont définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés ».

3° Au cinquième alinéa de l'article L. 433-1, les mots : « L'article L. 323-3-1 est applicable » sont remplacés par les mots : « Les articles L. 323-3-1, L. 323-4-1 et L. 323-4-2 sont applicables » ;

4° A l'article L. 622-1, après la référence « L. 323-3-1 » sont insérées les références « L. 323-4-1, L.323-4-2, ».

IV. – L'article L. 4622-8-1 du code du travail est complété par un 6° ainsi rédigé :

« 6° De contribuer, en lien avec les professionnels de santé y participant, aux actions prévues à l'article L. 323-4-2 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 752-5-3 du code rural et de la pêche maritime. »

V. Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} juillet 2027.

Exposé des motifs

La prévention de la désinsertion professionnelle constitue un enjeu majeur, dans un contexte de vieillissement de la population active et d'augmentation des maladies chroniques. Une prise en charge précoce des situations à risque et coordonnée entre les différents acteurs intervenant dans la prise en charge des assurés est nécessaire. Celle-ci permet aussi de réduire le nombre d'arrêts de travail de longue durée.

Trois principaux acteurs, qui disposent de compétences complémentaires, interviennent autour de l'assuré – le médecin traitant (ou médecin prescripteur), le médecin conseil de l'Assurance maladie et le médecin du travail. Toutefois, ils tendent à travailler de manière cloisonnée, leurs échanges demeurent trop rares et peu fluides, ce qui peut retarder l'identification des risques d'aggravation de l'état de santé et complexifier le déclenchement et le suivi attentionné d'un parcours de santé adapté, seul à même d'accompagner les assurés en arrêt maladie de longue durée vers leur rétablissement.

Le renforcement de leur coordination permettra de favoriser un repérage plus précoce des situations à risque, d'améliorer le partage d'informations pertinentes, dans le strict respect du secret médical et des règles de confidentialité, et de construire plus rapidement des solutions adaptées de maintien en emploi ou de retour vers l'emploi. Une telle évolution contribuera à une meilleure continuité des parcours, au bénéfice des travailleurs comme des employeurs, avec un impact favorable à prévoir sur le nombre et la durée de arrêts de travail.

Dans le prolongement d'expérimentations locales ayant démontré leur intérêt, la présente mesure propose de renforcer la coordination entre le médecin traitant de l'assuré, le médecin du travail et le médecin conseil dans des situations à risque de désinsertion professionnelle, en institutionnalisant et en encourageant les concertations entre les trois praticiens, afin de s'assurer que l'assuré bénéficie d'un parcours de santé adapté, de préparer son retour à l'emploi ou de l'orienter vers des mesures d'accompagnement ou d'évolution professionnelle le cas échéant.

Pour faciliter la tenue de ces échanges et favoriser la meilleure coordination entre les professionnels de santé, il est également proposé de faire figurer les coordonnées du médecin du travail en lecture directe dans le dossier médical partagé (DMP).

Par ailleurs, le Gouvernement prendra des mesures de niveau réglementaire permettant, dans la continuité des améliorations en faveur d'un retour vers l'emploi des assurés de manière anticipée et accompagnée, de simplifier le déclenchement du dispositif de l'essai encadré. Ce dispositif permet à une personne en arrêt de travail d'évaluer, dans un cadre sécurisé, sa capacité à reprendre une activité professionnelle, sur son poste de travail ou dans le cadre d'un projet de reclassement ou de reconversion.

Article 21

[Renforcer l'accès aux soins : déployer une mission de solidarité territoriale pour les médecins en soutien du réseau France Santé]

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

1° A l'article L. 1434-4 :

a) Le 1° est complété par une phrase ainsi rédigée : « Au sein de ces zones, des zones considérées comme prioritaires du point de vue du renforcement de l'offre de soins médicaux sont identifiées aux fins de mise en œuvre de la mission de solidarité territoriale mentionnée à l'article L. 4136-1 du code de la santé publique ; »

b) Au quatrième alinéa, les mots : « et L. 1435-5-1 à L. 1435-5-4 » sont remplacés par les mots : « , L. 1435-5-1 à L. 1435-5-4 et L. 4136-1 » ;

2° Le titre III du livre I^{er} de la quatrième partie est complété par un chapitre VI ainsi rédigé :

*« Chapitre VI
« Mission de solidarité territoriale*

« Art. L. 4136-1. – Au titre d'une mission de solidarité territoriale, des médecins qui exercent à titre libéral et des médecins, salariés ou agents publics, d'une structure de soins, peuvent, en dehors de leur lieu d'exercice habituel, dispenser des soins dans les zones identifiées comme prioritaires en application du 1° de l'article L. 1434-4.

« Peuvent également participer à la mission de solidarité territoriale les médecins retraités ainsi que les médecins signataires d'un contrat de remplacement en exercice libéral.

« Les médecins qui exercent dans le cadre de cette mission ainsi que les structures de soins adhérentes aux accords mentionnés aux articles L. 162-14-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale, sont tenus d'appliquer les tarifs fixés par la convention mentionnée à l'article L. 162-5 du même code. » ;

II. – A la sous-section 3 de la section 1 du chapitre 2 du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, il est rétabli un article L. 162-5-14-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-5-14-1. - Le médecin adhérent à la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 bénéficie, pour son activité effectuée dans le cadre de la mission de solidarité territoriale définie à l'article L. 4136-1 du code de la santé publique, en complément des rémunérations liées aux actes et consultations réalisés à ce titre, d'une indemnisation forfaitaire versée par l'assurance maladie dont le montant est fixé par cette convention, en application du 21° de l'article L. 162-5.

« Le médecin retraité ayant été adhérent à la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 ainsi que le médecin remplaçant en exercice libéral qui n'adhère pas à cette même convention bénéficient pour leur activité effectuée sous forme libérale dans le cadre de la mission de solidarité territoriale définie à l'article L. 4136-1 du code de la santé publique, en complément des rémunérations liées aux actes et consultations réalisés dans ce cadre, d'une indemnisation forfaitaire versée par l'assurance maladie pour chaque jour de participation à cette mission.

« Lorsqu'un médecin participe à la mission de solidarité territoriale définie à l'article L. 4136-1 du code de la santé publique dans le cadre d'une activité salariée au sein d'une structure de soins adhérente aux accords mentionnés aux articles L. 162-14-1 et L. 162-32-1 ou d'un établissement de santé, situés dans une zone identifiée comme prioritaire en application du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique, la structure ou l'établissement bénéficie, outre du paiement des soins ainsi dispensés, d'une indemnisation forfaitaire versée par l'assurance maladie pour chaque jour de participation du médecin à cette mission.

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les conditions dans lesquelles les médecins et les structures de soins bénéficient des indemnisations prévues aux deuxième et troisième alinéas, notamment le nombre de jours maximal pouvant être indemnisé sur une période donnée, ainsi que le montant de l'indemnité forfaitaire.

« Les structures de soins mentionnées au troisième alinéa peuvent bénéficier d'une aide forfaitaire annuelle au financement d'un poste d'assistant médical versée par l'assurance maladie lorsqu'au moins un médecin participant à la mission de solidarité territoriale y assure une présence effective. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale détermine la durée minimale de présence de ce médecin requise pour bénéficier de l'aide forfaitaire annuelle ainsi que son montant qui est fonction de cette durée et de la quotité de travail de l'assistant médical. »

Exposé des motifs

Afin de renforcer le réseau France Santé, présenté par le Premier ministre en octobre 2025, la création d'une mission de solidarité territoriale permettra de proposer une offre de soins supplémentaire dans les zones très sous-denses ou dans les zones non-pourvues d'une maison France Santé à moins de 30 minutes. Fort de la phase pilote réalisée en 2025, cette mesure vise non seulement à prévoir le financement de ce nouvel engagement *via* une indemnité de mission pour les médecins, mais également à soutenir le recrutement d'assistants médicaux dans les cabinets secondaires.

Depuis les accords conventionnels signés à l'été 2026, les structures de soins du réseau France Santé sont financées de façon pérenne par l'Assurance Maladie. Le réseau France Santé repose sur cinq critères nationaux qui constituent le fondement du label et vise à permettre à chaque Français d'accéder à une solution de santé en moins de 30 minutes et d'obtenir un rendez-vous médical sous 48 heures, si son état de santé le nécessite. Les Agences régionales de santé, en lien avec les préfetures et les conseils départementaux, sont chargées de coordonner le déploiement du réseau France Santé. En 2026, 150 millions d'euros auront été alloués pour déployer le réseau, avec l'objectif atteint de plus de 2 500 structures labellisées 2026. Pour l'année 2027, une nouvelle enveloppe de financement est prévue afin d'atteindre les 5 000 maisons d'ici la fin de l'année.

Article 22

[Conforter le mode de rémunération de structures d'exercice coordonné pour renforcer l'accès aux soins des personnes vulnérables]

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

I. – Après le quatrième alinéa du I de l'article L. 160-13, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La participation de l'assuré aux frais de médecine générale mentionnés au 1° de l'article L. 160-8 est fixée à une somme forfaitaire lorsque le professionnel de santé ou la structure est rémunéré dans les conditions prévues au 2° *bis* de l'article L. 162-32-1. Elle peut être limitée ou supprimée dans les mêmes conditions que celles prévues pour la participation mentionnée au premier alinéa du I. Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, fixe les conditions dans lesquelles cette participation est mise en œuvre. Le montant de celle-ci est fixé par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. »

II. – Après le 2° de l'article L. 162-32-1, il est inséré un 2° *bis* ainsi rédigé :

« 2° *bis* Par dérogation à la première phrase du 2°, les conditions dans lesquelles les actes et prestations de médecine générale effectués par les médecins exerçant dans un centre de santé peuvent faire l'objet d'une rémunération forfaitaire lorsqu'ils sont réalisés au bénéfice de la patientèle ayant désigné comme médecin traitant un médecin exerçant dans ce centre. Cette rémunération est déterminée notamment en fonction du nombre de patients et des caractéristiques de la patientèle. Elle est versée au centre de santé par les organismes des régimes obligatoires d'assurance maladie et se substitue, pour ces actes et prestations, au paiement à l'acte. Le paiement à l'acte est maintenu pour les patients ne relevant pas de cette patientèle ainsi que pour les actes et prestations qui ne sont pas compris dans le périmètre de cette rémunération forfaitaire. Les informations relatives aux actes et prestations incluses dans cette rémunération sont transmises aux organismes compétents dans des conditions permettant la mise en œuvre des participations prévues aux I et II de l'article L. 160-13 ; »

III. – Au chapitre 2 du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, après la section 7, il est ajouté une section 7 *bis* ainsi rédigée :

« Section 7 bis

***« Financement spécifique des centres de santé et des maisons de santé assurant une
« démarche participative en santé***

« Art. L. 162-32-5. – En sus des rémunérations et financements liés à leur activité, les centres de santé et les maisons de santé labellisés par le directeur général de l'agence régionale de santé en qualité de structure d'exercice coordonné d'approche participative en santé bénéficient, à ce titre, d'un financement complémentaire de l'assurance maladie, dont le montant et les modalités sont déterminés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« La labellisation d'une structure d'exercice coordonné d'approche participative en santé, pour une période de cinq ans renouvelable, est subordonnée au respect d'un cahier des charges fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, qui définit les actions spécifiques devant être conduites à destination de publics vulnérables rencontrant des difficultés d'accès au système de prévention et de soins et les données devant être périodiquement transmises à l'agence régionale de santé.

« Le nombre de structures d'exercice coordonné d'approche participative en santé qui, après appel à manifestation d'intérêt, peuvent être labélisées par région est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Si le nombre de candidatures respectant le cahier des charges est supérieur au nombre de structures pouvant être labélisées dans une région, le directeur général de l'agence régionale de santé tient compte, pour déterminer le centre retenu,

de la qualité et de la cohérence du projet proposé ainsi que des besoins et des caractéristiques du territoire. »

IV. – Après le 1° de l'article L. 861-3, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :

« 1° *bis* De la participation de l'assuré mentionnée au cinquième alinéa du I de l'article L. 160-13 ; ».

V. – A l'article L. 871-1 :

1° Le troisième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Elles prévoient la prise en charge de la participation de l'assuré mentionnée au cinquième alinéa du I de l'article L. 160-13. » ;

2° Au dernier alinéa, après les mots : « à hauteur des tarifs de responsabilité », sont insérés les mots : « et du montant de la participation prévue au cinquième alinéa du I de l'article L. 160-13, ».

VI. – Le 1° du II de l'article L. 911-7 est complété par les mots : «, ainsi que la participation de l'assuré mentionnée au cinquième alinéa de ce même I. »

Exposé des motifs

Notre système de santé repose principalement sur une rémunération des professionnels de santé fondée sur le paiement à l'acte. Or, ce modèle est imparfait pour prendre en compte l'investissement dans la prévention, la prise en charge et la coordination pluriprofessionnelles des soins pour les patients précaires ou chroniques. Bien que la part des rémunérations forfaitaires dans les honoraires des médecins se soit progressivement accrue au cours des dernières années, pour atteindre près de 20 %, de nombreux rapports (comme récemment la Cour des comptes) déplorent régulièrement leur poids insuffisant.

Dans ce contexte, les expérimentations de l'article 51 permettent de tester des évolutions des modalités de rémunération des professionnels de santé. Deux expérimentations structurantes pour les structures d'exercice coordonné, PEPS et SECPA, arrivent à leur terme fin 2026 et doivent être inscrites en droit commun à la suite des avis positifs du comité technique et du conseil stratégique de l'innovation en santé.

D'une part, l'expérimentation article 51 « paiement en équipe de professionnels de santé » (PEPS) pour les centres de santé remplace la rémunération fondée sur l'acte par un forfait fixe par patient pour l'activité clinique de suivi de la patientèle médecin traitant, indépendamment du nombre de consultations réalisées, généralement sur une base annuelle. Contrairement au paiement à l'acte, cette rémunération du centre de santé en tant que médecin traitant dépend du nombre et du profil des patients suivis.

Cette rémunération forfaitaire ajustée au risque, en fonction du profil des patients, est adaptée à l'exercice pluriprofessionnel et notamment aux centres de santé, où les délégations de tâches et le fonctionnement en équipe sont au cœur du modèle de prise en charge. L'IGAS recommandait d'ailleurs en 2024 de proposer une tarification alternative au paiement à l'acte pour

les centres de santé qui s'engagent dans une prise en charge en équipe médicale et paramédicale de leur patientèle.

Dans un contexte où de nombreux centres de santé peuvent recevoir une patientèle parfois plus précaire, une rémunération forfaitaire ajustée au risque, en fonction du profil des patients, peut constituer un mode de rémunération plus adapté au profil de la patientèle des centres de santé et du travail médical associé qui en découle. C'est pourquoi les partenaires conventionnels ont prévu à très court terme de négocier la mise en place de ce modèle de rémunération au sein des centres de santé. La présente mesure vise donc à leur ouvrir cette possibilité en élargissant le champ de l'accord national régissant les rapports entre l'assurance maladie et les centres de santé ainsi qu'à adapter les modalités de la participation des assurés à ce nouveau mode de rémunération.

Il ne s'agit pas là de changer le modèle de rémunération de médecins libéraux, mais bien d'ouvrir plus largement la possibilité d'un nouveau modèle de rémunération forfaitaire aux centres de santé dont les médecins sont salariés.

D'autre part, dans le prolongement des engagements du Ségur de la santé pour lutter contre les inégalités de santé, du comité interministériel de la Ville et du Pacte de lutte contre les déserts médicaux, plusieurs actions ont été engagées pour améliorer l'accès aux soins de premiers recours dans les territoires les plus fragiles. Parmi les leviers identifiés, le développement de structures d'exercice coordonné intégrant une démarche de santé participative (SECpa) constitue une réponse innovante et adaptée aux besoins des populations, notamment dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) et les territoires à forte vulnérabilité sociale.

S'appuyant sur la définition de la santé participative de l'organisation mondiale de la santé (OMS), les centres et maisons de santé dits « participatifs » se caractérisent par leur implantation dans des territoires où les taux de pauvreté sont supérieurs à la moyenne nationale et par un mode de fonctionnement fondé sur la co-construction du projet de santé avec les usagers. Ces structures s'adressent prioritairement à des populations confrontées à des difficultés d'accès à l'offre de prévention, aux soins et à leurs droits sociaux. Le modèle de la « santé participative », expérimenté dans le cadre de l'article 51, propose une prise en charge globale, médico-psycho-sociale, assurée par une équipe pluriprofessionnelle composée notamment de médecins généralistes, de psychologues, de médiateurs en santé, d'interprètes professionnels et de travailleurs sociaux. En mobilisant des actions de prévention, « d'aller-vers », des espaces de dialogue, des actions de médiation en santé et des services d'interprétariat professionnel, le modèle des structures d'exercice coordonné participatives vise à rendre les usagers acteurs de leur propre santé et à favoriser leur entrée dans le système de santé et des parcours de santé.

Afin de pérenniser le financement complémentaire spécifique de ces structures en reconnaissant leurs missions spécifiques applicables à leur statut de centre de santé ou de maison de santé pluriprofessionnelle, il est nécessaire de créer un cadre juridique *ad hoc*.

Article 23

[Permettre la prise en charge des actes d'assistance à la téléconsultation pour les infirmiers salariés intervenant au domicile des patients]

Au chapitre unique du titre VIII du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique :

1° A l'article L. 4081-1, après les mots : « actes de téléconsultation », les mots « réalisés par les médecins qu'elles salarient » sont remplacés par les mots : « et les actes d'assistance à la téléconsultation réalisés sur le lieu de vie habituel ou temporaire du patient, respectivement par les médecins et les infirmiers qu'elles salarient. » ;

2° Au 2° de l'article L. 4081-4, les mots : « la convention médicale », sont remplacés par les mots : « les conventions mentionnées aux articles L. 162-5 et L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale ».

Exposé des motifs

Afin de permettre le déploiement de la téléconsultation assistée, modalité de recours aux soins pertinente notamment pour les patients âgés, en situation de handicap ou peu mobiles, cette mesure ouvre la prise en charge des actes d'assistance à la téléconsultation aux infirmiers salariés de sociétés de téléconsultation intervenant sur le lieu de vie des patients. Elle permet ainsi de territorialiser l'accès à la téléconsultation avec des équipes infirmières en proximité.

Cette mesure s'inscrit dans la feuille de route 2026-2028 issue des Assises de la télémédecine annoncée par la ministre de la santé, des familles, de l'autonomie et des personnes handicapées en janvier 2026.

Article 24

[Renforcer l'accès aux soins des enfants pris en charge par le service d'aide sociale à l'enfance]

Après le premier alinéa du III de l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « Il finance également les dépenses d'investissement des centres de santé et maisons de santé pluriprofessionnelles proposant une offre de soins adaptée à la prise en charge du public visé à l'article L. 222-5 du code de l'action sociale et des familles et à l'activité desquels concourt un établissement de santé. »

Exposé des motifs

Les vulnérabilités, en matière de santé, des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance peuvent impliquer une prise en charge dédiée répondant à des besoins spécifiques. Les études montrent en effet que leur état de santé tant somatique que psychique est dégradé par rapport à celui des enfants et des jeunes majeurs en population générale, et mettent en évidence notamment les éléments suivants : le manque d'informations sur les antécédents familiaux, la présence accrue des facteurs de risque (prématurité, retard de croissance néonatal), la fréquence d'insuffisances pondérales ou de surpoids, un parcours souvent marqué de pathologies, de

traumatismes et d'hospitalisations ; et un fréquent besoin de prise en charge psychologique ainsi qu'une surreprésentation des situations de handicap. En l'absence de prise en charge adaptée le plus tôt possible et dans la durée, ces enfants présentent, à l'âge adulte, deux à trois fois plus de risques de développer des maladies cardio-vasculaires, auto-immunes, respiratoires, du diabète ou encore un cancer et trois à quatre fois plus de risque de souffrir d'anxiété ou de dépression conduisant, en l'absence de soins précoces, au risque de perdre en moyenne 20 ans d'espérance de vie.

La prise en charge sanitaire des enfants protégés a fait l'objet de plusieurs mesures ces dernières années notamment dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 avec la création d'un bilan de santé et de prévention à l'entrée dans le dispositif de protection de l'enfance et de la loi du 7 février 2022 relative à la protection de l'enfance qui acte le déploiement d'un parcours de soins coordonné pour ces enfants. Pourtant, l'accès à une prise en charge adaptée reste difficile et le parcours de soins trop souvent chaotique.

Afin de répondre à ces enjeux, de nouvelles mesures doivent être déployées. Le déploiement sur les territoires de la mise en œuvre du parcours coordonné renforcé (PCR) « Enfance protégée » a pour objet d'assurer une prise en charge coordonnée et spécialisée du parcours de soins des enfants et des jeunes majeurs suivis par l'aide sociale à l'enfance, en placement et en milieu ouvert. En complément la mesure ici proposée consiste à développer une offre de soins dédiée avec des professionnels de santé médicaux et paramédicaux à même d'assurer une prise en charge globale et un suivi des enfants et des jeunes majeurs en lien étroit avec les équipes de protection de l'enfance. La spécificité de cette réponse est de proposer une prise en charge (bilans mais aussi soins de spécialités) dans un lieu unique et par une équipe pluridisciplinaire à même d'offrir un cadre global, stable et connu (unicité dans le temps et dans l'espace) pour garantir la confiance et l'adhésion aux soins. Ainsi, dans son parcours de soins et selon ses besoins qui peuvent évoluer au cours de sa prise en charge, l'enfant pourra être accompagné dans un parcours coordonné par le PCR reposant sur l'offre de soins de droit commun ou pris en charge en soins par une structure spécialisée dans un cadre unifié « qui fait repère ».

S'inspirant de l'initiative déployée par l'AP-HP et l'association Im'pactes, d'un centre d'appui à l'enfance, situé le 12ème arrondissement de Paris, qui propose notamment des bilans de santé complets aux jeunes suivis par l'aide sociale à l'enfance, ainsi qu'un parcours de soins pluridisciplinaire adapté à leurs besoins (pédopsychiatres, orthophonistes, pédiatres, généralistes, psychomotriciens, etc.), l'objectif est de déployer une offre similaire dans de nouveaux sites sur le territoire national.

La montée en charge sera progressive avec la création de sept centres « pilotes » soutenue notamment par le biais de crédits d'investissement à hauteur de 38 M€, qui seront délégués en 2027 et 2028 via le fonds de modernisation de l'investissement en santé (FMIS).

Article 25

[MO36- Renforcer la prise en charge sanitaire des mineurs victimes de violences]

Après l'article L. 6111-1-7 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 6111-1-8 ainsi rédigé :

« Art. L. 6111-1-8 – Les établissements de santé peuvent mettre en place des dispositifs sanitaires de prise en charge des enfants victimes de violence sous la forme :

« - D'unités d'accueil pédiatrique de l'enfance en danger destinées à la prise en charge sanitaire des enfants victimes de violences ou susceptibles de l'être et proposant un accueil, une évaluation et une prise en charge sanitaire, médico-psychologique et médico-légale adaptées.

« - D'équipes pédiatriques régionales référentes enfance en danger visant à assurer un rôle d'appui et de recours auprès des unités d'accueil pédiatrique de l'enfance en danger pour les situations les plus complexes.

« Dans ce cadre, ils peuvent conclure des conventions avec un autre établissement de santé mettant en œuvre des dispositifs sanitaires dédiés aux soins apportés aux personnes souffrant d'un trouble de stress post-traumatique afin de favoriser l'accès à des soins psychiques spécifiques et adaptées du psychotraumatisme des enfants victimes de violence. »

Exposé des motifs

Les constats relatifs aux dispositifs destinés notamment à la prise en charge des enfants victimes de violences sexuelles mettent en exergue plusieurs enjeux :

- la structuration des parcours de soins des enfants concernés et le renforcement du panier de soins mobilisable ;
- la couverture territoriale actuellement incomplète ;
- la reconnaissance et le renforcement des structures afin qu'elles soient en mesure de répondre aux besoins croissants et de manière adaptée aux enfants victimes de violences sexuelles ou susceptibles de l'être.

Chaque enfant victime ou suspecté de l'être doit pouvoir bénéficier d'un accueil pédiatrique, médico-légal, psychologique et judiciaire spécialisé dans un lieu unique. Le déploiement des unités d'accueil pédiatrique enfants en danger (UAPED) créées à cette fin doit être achevé, leur fonctionnement consolidé et leur articulation avec les services enquêteurs et judiciaires harmonisée pour atteindre cet objectif.

Pour cela, 164 UAPED (l'équivalent d'une UAPED par tribunal judiciaire afin de garantir une réponse de proximité sur l'ensemble du territoire) doivent être opérationnelles d'ici à 2027, tout en consolidant leurs modalités de financement et leur articulation avec les services d'enquête, les juridictions, les services hospitaliers et l'aide sociale à l'enfance.

Il est par ailleurs nécessaire de soutenir la mise en place des équipes pédiatriques référentes régionales enfants en danger (EPRRED), qui ont notamment la mission d'animation des UAPED et une mission de recours sur le territoire (l'objectif poursuivi est celui de 2 EPRRED par région, soit 36 équipes au plan national).

La prise en charge du psychotraumatisme doit également être davantage structurée et effective.

Ainsi, afin de consolider cette offre et compléter l'organisation territoriale, d'en garantir la pérennité, ainsi que de permettre la structuration de parcours, la présente mesure vient reconnaître explicitement ces missions des établissements de santé et assoir un financement pérenne de ces structures.

Article 26

[Mise en place de la complémentaire santé au bénéfice des agents de la fonction publique hospitalière (FPH)]

I. – 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 : « 1^{er} janvier 2027 » est remplacée par la date : « 1^{er} janvier 2028 ».

II. – A compter du 1^{er} janvier 2027 et jusqu'à la date d'effet de la sélection mentionnée au premier alinéa de l'article L. 827-3 du code général de la fonction publique, les personnes publiques mentionnées à l'article L. 5 du même code remboursent aux agents qu'elles emploient et qui relèvent dudit code une partie du montant des cotisations de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident. Le montant du remboursement de cotisations et ses conditions de versement sont fixés par décret. Le versement du remboursement est réservé aux contrats conformes aux conditions prévues au II de l'article L. 862-4 et à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

Exposé des motifs

L'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 a engagé une réforme de la protection sociale complémentaire des agents publics destinée à renforcer la participation des employeurs publics au financement de la couverture complémentaire en santé de leurs agents. Cette réforme s'inscrit dans une logique de convergence avec le régime applicable aux salariés du secteur privé dans lequel les employeurs sont tenus de participer au financement des contrats collectifs de complémentaire santé.

Dans ce cadre, l'ordonnance précitée prévoit, à compter du 1^{er} janvier 2027, la mise en œuvre, dans la fonction publique hospitalière (FPH), d'une participation de l'employeur au financement d'un contrat collectif ou individuel sélectionné par celui-ci.

Afin de tenir compte de la poursuite des négociations en cours avec les organisations syndicales représentatives et des délais de mise en œuvre (passation des marchés, sélection des organismes complémentaires, déploiement des contrats collectifs), et afin de garantir dès le 1^{er} janvier 2027 une participation de l'employeur, la présente mesure prévoit le versement d'un forfait aux agents couverts par une complémentaire santé permettant d'en compenser en partie le coût. Ce versement forfaitaire, dont le montant est discuté avec les partenaires sociaux, sera déterminé par décret.

CHAPITRE II
CONSOLIDER LES DISPOSITIFS DE PREVENTION EN SANTE

Article 27
[Favoriser l'accès à la vaccination]

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

1° L'article L. 3111-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot « nécessaires » est remplacé par le mot « applicables » ;

b) Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Toutefois, cet avis n'est pas requis pour les modifications du calendrier des vaccinations ayant pour seul objet de tenir compte d'une recommandation vaccinale émise par la Haute Autorité de santé en application du 12° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale. » ;

2° A l'article L. 3111-4 :

a) Le III est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Les établissements ou organismes employeurs ou, pour les élèves et étudiants, les établissements ayant reçu leur inscription, prennent à leur charge les dépenses entraînées par la vaccination, ainsi que, le cas échéant, celles des tests sérologiques permettant d'attester d'une immunisation antérieure. »

b) Le IV est complété par une phrase ainsi rédigée : « La preuve que les obligations d'immunisation prévues aux I et III, à l'exception de celle de la grippe, sont remplies est apportée, le cas échéant, par les professionnels et les étudiants concernés, selon des modalités définies par arrêté du ministre chargé de la santé, notamment lors de leur entrée en formation ou en fonction, leur recrutement, leur agrément ou son renouvellement ou lors de leur affectation dans un service ou à des activités exigeant qu'une obligation d'immunisation soit remplie. »

3° A l'article L. 3111-11, dans sa rédaction résultant de l'article 55 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 :

a) Le III est remplacé par les deux alinéas ainsi rédigés :

« III. – Les dépenses afférentes aux centres de vaccination habilités en application du I sont prises en charge par le fonds mentionné à l'article L. 1435-8 qui complète les éventuelles subventions accordées par les collectivités territoriales ou leurs groupements. Par dérogation, lorsque l'activité de vaccination est mise en œuvre par des communes ou groupements de communes, les dépenses afférentes aux centres de vaccination habilités peuvent être prises en charge par le fonds mentionné à l'article L. 1435-8, en complément, le cas échéant, du financement mentionné au premier alinéa de l'article L. 1422-1 pour les services communaux d'hygiène et de santé et des éventuelles subventions accordées par les collectivités territoriales ou leurs groupements.

« Les dépenses afférentes aux vaccins sont prises en charge, pour les assurés sociaux ou leurs ayants droit, par les organismes d'assurance maladie dont ils relèvent et, pour les personnes mentionnées à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, dans les conditions prévues au titre V du livre II du même code et selon les modalités prévues à l'article L. 182-1 du code de la sécurité sociale. »

b) Au IV, les mots : « Selon des modalités définies par décret, » sont supprimés.

3° Au premier alinéa de l'article L. 4211-4, après les mots : « L. 4211-1, », sont insérés les mots : « les services de prévention et de santé au travail, les laboratoires de biologie médicale, les services médicaux de l'Office français de l'immigration et de l'intégration et » ;

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

1° Après la sous-section 5 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I^{er}, est insérée une sous-section 5 *bis* ainsi rédigée :

« *Sous-section 5 bis* - Prise en charge des vaccins ou médicaments à visée prophylactiques destinés à l'immunisation dans les établissements de santé

« *Art. L. 162-23-17* – Lorsqu'ils sont administrés dans les établissements de santé, certains vaccins ou médicaments à visée prophylactique destinés à l'immunisation bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché peuvent être pris en charge, s'ils sont inscrits sur une liste établie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des financements mentionnés aux articles L. 162-22-2, L. 162-22-19, L. 162-23-2 et L. 174-1. »

2° Après le III de l'article L. 162-16-6, est inséré un III *bis* ainsi rédigé :

« III bis. – Le tarif de responsabilité et le prix limite de vente aux établissements des vaccins ou médicaments à visée prophylactique destinés à l'immunisation pris en charge au titre de l'article L. 162-23-17 sont fixés par convention entre l'entreprise titulaire des droits d'exploitation de ces spécialités, l'entreprise assurant leur importation parallèle ou l'entreprise assurant leur distribution parallèle et le comité économique des produits de santé et publiés par ce dernier. A défaut d'accord conventionnel, le tarif de responsabilité et le prix limite de vente aux établissements sont fixés par décision du comité et publiés par ce dernier. Les ministres concernés peuvent faire opposition conjointe au tarif et au prix limite publiés par le comité et arrêtent dans ce cas le tarif de responsabilité et le prix limite de vente aux établissements dans un délai de quinze jours après cette publication.

« Ce tarif et ce prix limite sont fixés dans les conditions prévues au I de l'article L. 162-16-4. Ils peuvent être fixés à un niveau inférieur ou baissés dans les conditions prévues au II du même article L. 162-16-4.

« Les vaccins ou médicaments à visée prophylactique destinés à l'immunisation sont pris en charge au titre de l'article L. 162-23-17 sur la base du tarif de responsabilité. Toutefois, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut prévoir que cette prise en charge correspond à une fraction de ce tarif et fixe cette fraction.

« En aucun cas, la différence entre le prix de vente aux établissements et le tarif de responsabilité ne peut être facturée aux patients. Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées aux articles L. 450-1 à L. 450-8 du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus.

« Le prix d'achat des vaccins ou médicaments à visée prophylactique destinés à l'immunisation acquitté par l'établissement ne peut être supérieur à leur prix limite de vente précédemment défini.

« Lorsque le montant de la facture est inférieur au tarif de responsabilité, le montant servant de base à la prise en charge est égal au montant de la facture majoré de la partie, définie par l'arrêté conjoint mentionné au III, de la différence entre le tarif de responsabilité et le montant de la facture. La fraction du tarif de responsabilité fixée en application du troisième alinéa du présent III bis est appliquée au montant ainsi déterminé. »

3° Au second alinéa du IV de l'article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale, les mots : « du III » sont remplacés par les mots : « des III et III bis ».

4° A compter du 1^{er} janvier 2027, au 2° du II de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction entrant en vigueur à cette même date, les mots : « ou sur la liste prévue à l'article L. 162-23-6 » sont remplacés par les mots : « , sur la liste prévue à l'article L. 162-23-6 ou sur la liste prévue à l'article L. 162-23-17 » ;

5° Au premier alinéa de l'article L. 162-5-17, les mots : « et L. 162-23-6 » sont remplacés par les mots : « L. 162-23-6 et L. 162-23-17 » ;

6° Au premier alinéa du I de l'article L. 162-16-5-1-1, les mots « ou L. 162-22-7 » sont remplacés par les mots : « L. 162-22-7 ou L. 162-23-17 » et au 2° du B du II du même article, les mots : « et L. 162-22-7 » sont remplacés par les mots : « L. 162-22-7 et L. 162-23-17 » ;

7° A l'article L. 162-16-5-1-2 :

a) Au 2° du II, après les mots : « article L. 162-22-7 » sont insérés les mots : « ou de la liste mentionnée à l'article L. 162-23-17 » ;

b) Au dernier alinéa du 1° du III, les mots : « ou L.162-22-7 » sont remplacés par les mots : « L. 162-22-7 ou L. 162-23-17 » ;

c) Aux 1° et 2° du VII, après les mots : « article L. 162-22-7 » sont insérés les mots : « ou sur la liste mentionnée à l'article L. 162-23-17 ».

8° A la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17-5, les mots : « et L. 162-23-6 » sont remplacés par les mots : « L. 162-23-6 et L. 162-23-17 » ;

9° A la première phrase du II de l'article L. 162-18, les mots : « et L. 162-23-6 » sont remplacés par les mots : « L. 162-23-6 et L. 162-23-17 » ;

10° Au 1° du I de l'article L. 162-18-1, après les mots : « article L. 162-22-7 » sont ajoutés les mots : « ou sur la liste mentionnée à l'article L. 162-23-17 » ;

11° A l'article L. 162-19-2, les mots : « et L. 162-23-6 » sont remplacés par les mots : « L. 162-23-6 et L. 162-23-17 » ;

12° Au IV de l'article L. 162-20-1, les mots : « et L. 162-23-6-1 » sont remplacés par les mots : « L. 162-23-6-1 et L. 162-23-17 » ;

13° Au 1° du II de l'article L. 162-22-3-1, après les mots : « article L. 162-22-7 » sont ajoutés les mots : « et à l'article L. 162-23-17 » ;

14° A l'article L. 162-38-4, après les mots : « L. 162-9, », sont insérés les mots : « L. 162-14 » et après les mots « professionnels de santé », sont insérés les mots : « , des laboratoires de biologie médicale » ;

15° Le premier paragraphe de l'article L. 174-16, dans sa rédaction résultant de l'article 55 de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025, est complété par une phrase ainsi rédigée : « Par dérogation, lorsque l'activité de vaccination est mise en œuvre par des communes ou groupements de communes, les dépenses afférentes aux centres de vaccination habilités peuvent être prises en charge par le fonds mentionné à l'article L. 1435-8, en complément, le cas échéant, du financement mentionné au premier alinéa de l'article L. 1422-1 pour les services communaux d'hygiène et de santé et des éventuelles subventions accordées par les collectivités territoriales ou leurs groupements. »

16° Au A du II et au 2° du III de l'article L. 245-6, les mots : « ou sur la liste prévue à l'article L. 162-23-6 » sont remplacés par les mots : « sur la liste prévue à l'article L. 162-3-6 ou sur la liste prévue à l'article L. 162-23-17 » ;

17° Au premier alinéa et au 3° de l'article L. 753-4, les mots : « et L. 162-23-6 » sont remplacés par les mots : « L. 162-23-6 et L. 162-23-17 » ;

III. – L'article L. 314-8 code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un arrêté des ministres chargés des personnes âgées, de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des vaccins ou médicaments à visée prophylactique destinés à l'immunisation bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et dispensés aux assurés accueillis dans les établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 disposant d'une pharmacie à usage intérieur qui peuvent être pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations de soins mentionnées au 1° du I de l'article L. 314-2. Le remboursement s'effectue sur la base du tarif de responsabilité défini au premier alinéa du III bis de l'article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale. Les dispositions des troisième, quatrième et cinquième alinéas du III bis du même article s'appliquent à cette prise en charge. Les vaccins inscrits sur cette liste figurent au calendrier des vaccinations. »

Exposé des motifs

Alors que certaines maladies étaient éradiquées grâce au déploiement de la vaccination, certains pays développés font face aux plus importantes résurgences épidémiques depuis des décennies essentiellement du fait du recul vaccinal.

Dans ce contexte, la stratégie « vaccination et immunisation 2025-2030 » du Gouvernement vise à enrichir l'offre vaccinale dans l'ensemble des lieux de vie et pour toutes les populations, afin de protéger les personnes les plus fragiles et les plus exposées ainsi que les professionnels. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 a traduit cette ambition par plusieurs mesures : une obligation d'immunisation contre la rougeole pour certains professionnels, la possibilité pour certains professionnels de santé libéraux et les centres de santé de détenir des stocks de vaccins en vue de leur administration, et la recentralisation du pilotage et du financement des centres de vaccination par les agences régionales de santé.

La présente mesure vient renforcer l'impulsion donnée en 2026 en proposant de nouvelles mesures ambitieuses à savoir :

- La prise en charge de certains vaccins et des médicaments à visée prophylactique destinés à immuniser, administrés en établissements de santé et dans les EHPAD par l'Assurance maladie ;
- La détention de stocks de vaccins par les services de prévention et de santé au travail, les laboratoires de biologie médicale et les services médicaux de l'Office français de l'immigration et de l'intégration, trois réseaux qui touchent chaque année des millions de personnes mais ne peuvent pas aujourd'hui vacciner sur place ;
- En ajustant et complétant certaines dispositions votées l'année dernière en LFSS pour aligner la prise en charge de la vaccination contre la rougeole comme les autres vaccins professionnels obligatoires, à la charge de l'employeur ou de l'organisme de formation ; pour réintroduire la prise en charge des vaccins des centres de vaccination des collectivités territoriales par l'assurance maladie et pour simplifier l'actualisation du calendrier des vaccinations, par la suppression d'une consultation devenue redondante de la Haute Autorité de santé.

Face à l'enjeu de prévenir la résurgence de certaines maladies contagieuses, cette mesure concilie trois objectifs : élargir les occasions de vaccination au plus près des lieux de vie, garantir aux assurés un accès simple aux vaccinations les plus déterminantes pour la santé publique, et sécuriser le modèle économique des acteurs qui portent cette offre vaccinale.

Article 28

[Préserver l'efficacité des médicaments antibiotiques et sécuriser leur disponibilité]

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

1° A l'article L. 162-17-4, il est rétabli un 1° ainsi rédigé :

« 1° Le cas échéant, les conditions d'application de la compensation financière et des remises mentionnées à l'article L. 162-17-11 ainsi que les engagements auxquels le bénéfice de cette compensation est subordonné ; »

2° Après l'article L. 162-17-10, il est inséré un article L. 162-17-11 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-17-11.* – I. – Pour certaines spécialités pharmaceutiques relevant du 19° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique et présentant un intérêt particulier au regard de la sécurité d'approvisionnement ou de la santé publique, les conventions mentionnées à l'article L. 162-17-4 peuvent prévoir une compensation financière au bénéfice des entreprises exploitantes, dont le montant ne peut excéder la différence entre le niveau minimal de chiffre d'affaires fixé par la convention et le chiffre d'affaires hors taxes effectivement réalisé en France au titre de la ou des spécialités concernées.

« Les conventions peuvent également prévoir des remises, au sens de l'article L. 162-18, dues par les entreprises lorsque ce chiffre d'affaires réalisé au titre de la ou des spécialités concernées excède un ou plusieurs niveaux qu'elles fixent.

« Les montants et niveaux de référence nécessaires à l'application de cette compensation financière et des remises peuvent être déterminés soit individuellement, pour une entreprise exploitante, soit collectivement, pour plusieurs entreprises exploitant des spécialités relevant d'une même dénomination commune internationale ou d'une même association de telles dénominations.

« II. – Le bénéfice de la compensation financière est subordonné au respect d'engagements fixés par la convention, portant notamment sur la disponibilité de la spécialité, la continuité et la sécurité de son approvisionnement sur le marché national, ainsi que sur le respect de mesures de bon usage. Le non-respect de ces engagements peut entraîner la réduction, la suspension ou la cessation du versement de la compensation ainsi que, lorsqu'elle a déjà été versée, son reversement total ou partiel, dans les conditions prévues par la convention. Ces mesures sont prononcées par le Comité économique des produits de santé après que l'entreprise a été mise à même de présenter ses observations.

« III. – La compensation financière est versée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale pour le compte de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2.

« IV. – Le Comité économique des produits de santé peut prononcer, dans les conditions prévues à l'article L. 162-17-4-1, une pénalité financière à l'encontre de l'entreprise exploitante en cas de manquement grave ou répété aux engagements mentionnés au II après que celle-ci a été mise à même de présenter ses observations.

« Le montant de cette pénalité ne peut excéder 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise exploitante au cours du dernier exercice clos. La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 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.

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

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

1° L'article L. 5121-1 est complété par un 19° ainsi rédigé :

« 19° Médicament antibiotique, tout médicament à usage humain contenant une ou plusieurs substances actives destinées à exercer une action antibactérienne à des fins thérapeutiques ou prophylactiques. » ;

2° A l'article L. 5123-8 :

a) La dernière phrase du dernier alinéa devient le dernier alinéa ;

b) Il est inséré un avant-dernier alinéa ainsi rédigé : « Pour les raisons de santé publique mentionnées à l'article L. 5132-10, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut rendre obligatoire, pour certains médicaments antibiotiques définis au 19° de l'article L. 5121-1, la délivrance de ces médicaments à l'unité. » ;

3° Les dispositions de l'article L. 5132-10 sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Art. L. 5132-10. – I. – Pour des raisons de santé publique tenant à la prévention de l'apparition et de la diffusion des résistances bactériennes, afin de favoriser le bon usage ou en cas de risque de mésusage, les médicaments antibiotiques mentionnés au 19° de l'article L. 5121-1 sont soumis à des mesures particulières de prescription et de dispensation.

« II. – Parmi ces médicaments antibiotiques, ceux qui présentent un risque particulier de mésusage ou qui participent de manière significative à l'apparition ou à la diffusion de résistances bactériennes sont soumis à la mesure prévue par l'article L. 162-1-7-1 du code de la sécurité sociale et à d'autres mesures renforcées de prescription et de dispensation. Un arrêté des ministres chargé de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des médicaments antibiotiques concernés.

« III. – Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat. » ;

4° A l'article L. 6316-1, il est inséré un avant-dernier alinéa ainsi rédigé :

« Afin de prévenir l'apparition et la diffusion des résistances bactériennes et lorsque les conditions d'un examen clinique à distance ne permettent pas d'assurer la pertinence et la sécurité de la prescription, un arrêté du ministre chargé de la santé, pris après avis de la Haute Autorité de santé, peut, pour certaines catégories de médicaments antibiotiques mentionnés au 19° de l'article L. 5121-1, fixer des conditions particulières à leur prescription au cours d'un acte de télémédecine ou limiter celle-ci à certaines situations cliniques. »

Exposé des motifs

La résistance bactérienne aux antibiotiques constitue une menace majeure de santé publique et compromet progressivement l'efficacité de traitements indispensables. Malgré les stratégies nationales de bon usage, la consommation d'antibiotiques demeure élevée en France et les objectifs de réduction ne sont pas atteints.

La présente mesure, avec la création d'un statut juridique dédié aux médicaments antibiotiques, permet de reconnaître leur spécificité : leur usage n'a pas seulement un effet individuel, mais contribue aussi à un phénomène collectif de résistance. Elle instaure un socle commun de règles de prescription et de dispensation applicables à ces médicaments, ainsi qu'un encadrement renforcé pour les antibiotiques présentant un risque particulier de mésusage ou de contribution à l'antibiorésistance.

Elle prévoit également un mécanisme conventionnel de compensation financière et de remises destiné à sécuriser la disponibilité de certaines spécialités antibiotiques. Une compensation pourra être accordée lorsque le niveau de ventes, notamment sous l'effet des politiques de bon usage, est susceptible de fragiliser leur maintien sur le marché français. Afin d'assurer l'équilibre du dispositif et sa cohérence avec les objectifs de maîtrise de la consommation d'antibiotiques, les conventions conclues entre les laboratoires et le comité économique des produits de santé pourront prévoir des remises lorsque le chiffre d'affaires réalisé excède les niveaux qu'elles fixent.

Le bénéfice de la compensation sera subordonné au respect d'engagements portant notamment sur la disponibilité des spécialités concernées, la continuité et la sécurité de leur approvisionnement, ainsi qu'au respect de mesures de bon usage. En cas de manquement, la compensation pourra être réduite, suspendue, supprimée ou reversée, sans préjudice des pénalités pouvant être prononcées par le Comité économique des produits de santé (CEPS).

Cette mesure concilie ainsi trois objectifs : préserver l'efficacité des antibiotiques, garantir leur disponibilité pour les patients qui en ont besoin et adapter leur modèle économique aux impératifs de santé publique.

Article 29

[Renforcer l'accessibilité aux dispositifs de prévention]

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

1° Après le deuxième alinéa de l'article L. 1411-8, il est inséré un troisième alinéa ainsi rédigé :

« Les professionnels de santé et structures de soins peuvent être tenus de participer aux programmes de dépistage lorsque l'accès effectif de la population aux examens en relevant est insuffisant. Le champ des professionnels et programmes concernés ainsi que les modalités de participation des professionnels et structures sont définis par décret en Conseil d'Etat » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 6122-7, après les mots : « santé publique », sont insérés les mots « , notamment la réalisation des examens de dépistages mentionnés à l'article L. 1411-6, ».

II. – Le I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 10° Les sanctions applicables aux professionnels qui ne respectent pas l'obligation de participation à certains programmes de dépistage prévue au troisième alinéa de l'article L. 1411-8 du code de la santé publique. Ces sanctions sont proportionnées à la gravité et au caractère répété du manquement et ne peuvent intervenir qu'après une mise en demeure permettant au professionnel de régulariser sa situation et de présenter ses observations. »

Exposé des motifs

La prévention et le dépistage constituent des leviers essentiels d'amélioration de l'état de santé de la population, de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et de soutenabilité du système de soins. Les programmes nationaux de prévention et de dépistage permettent de proposer à la population des parcours reposant sur des référentiels homogènes de qualité, une organisation coordonnée et des conditions de prise en charge destinées à lever les obstacles financiers.

L'effectivité de ces programmes dépend toutefois de la capacité des personnes concernées à accéder, sur l'ensemble du territoire, aux professionnels susceptibles de réaliser les consultations et/ou examens prévus. Or, pour certains dispositifs, la participation des professionnels au programme organisé reste insuffisante. Cette situation peut limiter les créneaux accessibles et favoriser le recours à des parcours moins coordonnés ou moins protecteurs et contribuer au maintien d'inégalités territoriales et sociales dans l'accès à la prévention.

Ces difficultés concernent notamment les programmes dans lesquels coexistent un parcours organisé, répondant à un cahier des charges national et bénéficiant de conditions spécifiques de prise en charge, et une offre réalisée en dehors de ce cadre comme le dépistage du cancer du sein. Elles peuvent également affecter les dispositifs reposant sur la mobilisation régulière des professionnels de proximité, en particulier au bénéfice des enfants, des jeunes adultes ou des populations les plus éloignées du système de santé.

Dans un contexte de financiarisation du système de santé, en particulier du secteur de l'imagerie médicale, le risque d'une sélection d'activités plus rentables au détriment d'actions de santé publique est de plus en plus prégnant. Aussi, cette mesure vise également à prévenir certaines dérives et permet de lutter contre des formes de financiarisation dont le seul objectif serait de maximiser les situations de rente au détriment des enjeux de prévention.

Elle permet, lorsque l'accès effectif de la population à un programme national n'est pas satisfaisant, de prévoir une obligation de participation de certaines catégories de professionnels de santé ou structures de soins aux examens de dépistage au titre de la prévention en santé publique. Son application sera ciblée sur les situations dans lesquelles une participation insuffisante des professionnels compromet l'accessibilité, la qualité ou l'équité du dispositif. Les conditions de sa mise en œuvre tiendront compte de la nature et du volume de l'activité des professionnels ainsi que des caractéristiques de l'offre territoriale.

Aussi la mesure prévoit en cas de non-respect des éventuelles obligations de santé publique, deux dispositifs alternatifs de sanction, le premier dans le cadre conventionnel pour les professionnels de santé en relevant, le second *via* les autorisations ce qui permet de conditionner par exemple les autorisations d'équipements matériels lourds d'imagerie à la participation aux examens de dépistage du cancer du sein, qui repose sur de l'imagerie. Ces sanctions devront être graduées et proportionnées. Elles ne pourront intervenir qu'après une mise en demeure laissant au professionnel la possibilité de régulariser sa situation et de présenter ses observations.

Ce dispositif dissuasif a ainsi vocation à renforcer la responsabilité collective des acteurs de l'offre de soins dans la mise en œuvre des politiques de prévention, tout en permettant une adaptation aux caractéristiques propres à chaque programme et à chaque territoire. Il contribuera à garantir une offre accessible, coordonnée et conforme aux référentiels nationaux de qualité pour la prévention et le dépistage.

CHAPITRE III

RENFORCER LA PERTINENCE ET L'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SANTE

Article 30

[Accès aux médicaments et à l'innovation : adapter le remboursement aux progrès scientifiques et sécuriser la délivrance sans prescription]

I. Le 1° de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Evaluer, à la demande des ministres chargés de la santé ou de la sécurité sociale, la pertinence de la prise en charge par l'assurance maladie de médicaments ou de classes de médicaments inscrits au remboursement. Cette évaluation, dont les modalités sont précisées par décret en Conseil d'Etat, est conduite au regard de l'évolution des données acquises de la science, de la place de ces médicaments dans la stratégie thérapeutique, de l'existence d'alternatives thérapeutiques notamment celles nouvellement inscrites au remboursement ou de tout autre élément, en particulier médico-économique, pertinent.

« Procéder chaque année à la réévaluation, notamment du service médical rendu, de médicaments ou de classes de médicaments. Ces réévaluations portent sur des médicaments ou des classes de médicaments identifiés par la Haute Autorité de santé ou à la demande des ministres chargés de la santé ou de la sécurité sociale. À l'issue de cette réévaluation, et dans des conditions définies par décret, la Haute Autorité de santé peut demander à l'exploitant la transmission de données complémentaires en vue d'une nouvelle réévaluation dans un délai de cinq ans. À défaut de transmission de ces données dans le délai imparti, une pénalité pouvant atteindre 10 % du chiffre d'affaires annuel de la spécialité peut être prononcée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Lorsque cette réévaluation conclut à l'absence de pertinence du maintien de la prise en charge par l'assurance maladie d'une spécialité inscrite au remboursement, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale rendent publiques, dans un délai de six mois à compter de cet avis, les suites qu'ils entendent y donner. »

II. Après l'article L. 5132-7 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5132-7-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 5132-7-1.* – Le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut, de sa propre initiative ou à la demande des ministres chargés de la santé ou de la sécurité sociale, procéder à la réévaluation de l'inscription sur l'une des listes mentionnées à l'article L. 5132-6 des médicaments, classes de médicaments, substances ou préparations.

« Les titulaires des autorisations de mise sur le marché concernés transmettent à l'Agence, à sa demande, les données scientifiques nécessaires à cette réévaluation.

« Cette réévaluation est réalisée au regard des données scientifiques disponibles et tient compte des conditions de prescription des médicaments, classes de médicaments, substances ou préparations concernés dans d'autres Etats membres de l'Union européenne ou parties à l'accord sur l'espace économique européen.

« La décision résultant de cette réévaluation peut prévoir des exemptions au classement sur l'une des listes mentionnées à l'article L. 5132-6 pour les médicaments ou classes de médicaments qui renferment des substances classées à des doses ou concentrations très faibles ou qui sont utilisés pendant une durée de traitement très brève. Ces exemptions peuvent être limitées à certaines indications thérapeutiques, formes pharmaceutiques ou voies d'administration, compositions, doses, concentrations maximales, quantités maximales pouvant être remises au public ou durées maximales de traitement.

« Le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé peut assortir sa décision d'exigences relatives, notamment, à la notice, à l'étiquetage ou au conditionnement du médicament. »

Exposé des motifs

Cette mesure traduit le souhait du Gouvernement d'instaurer une « règle d'or » en matière de prise en charge par l'assurance maladie des médicaments : l'arrivée au remboursement de nouvelles molécules devant conduire à réévaluer le panier de médicaments pris en charge, tant sur le plan de leur efficacité médicale que de la pertinence de leur maintien au remboursement. Elle vise ainsi à fluidifier l'accès au marché de nouveaux médicaments, avec une liste de médicaments pris en charge plus dynamique, en utilisant au mieux les dépenses remboursées par l'assurance maladie.

La mesure permet aussi de favoriser un accès plus adapté aux traitements, potentiellement sans prescription médicale, lorsque les conditions de sécurité et de bon usage le permettent, et au regard notamment des pratiques de nos voisins européens.

D'une part, l'évolution rapide des connaissances scientifiques, l'arrivée de nouvelles alternatives thérapeutiques et les modifications des stratégies de prise en charge peuvent conduire à remettre en question l'intérêt de certains médicaments anciennement inscrits au remboursement. Si la Haute Autorité de santé (HAS) dispose d'ores et déjà de la faculté de réévaluer les médicaments, il n'est aujourd'hui prévu aucune réévaluation annuelle, à la demande des ministres chargés de la santé ou de la sécurité sociale, ou de sa propre initiative, de certains médicaments identifiés. Les règles de transmission par les industriels des données nécessaires à ces réévaluations doivent également être renforcées, notamment pour les médicaments où le service médical rendu est le plus faible.

Par ailleurs, il est prévu que la HAS puisse se prononcer sur la pertinence, notamment médico-économique, de la prise en charge par la solidarité nationale d'un médicament ayant un service médical rendu suffisant.

D'autre part, certains médicaments soumis à prescription médicale obligatoire disposent désormais d'un recul d'utilisation important, de données de sécurité consolidées et d'expériences étrangères permettant d'envisager leur délivrance sans prescription dans des conditions sécurisées. Le cadre juridique actuel ne prévoit pas de procédure spécifique permettant à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), de sa propre initiative ou à la demande des ministres chargés de la santé ou de la sécurité sociale, de réévaluer les conditions de délivrance de ces médicaments en vue d'un passage en prescription médicale facultative. Cette situation limite l'adaptation du régime de délivrance des médicaments à l'évolution des connaissances scientifiques et des pratiques observées dans des États membres de l'Union européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen, et la conditionne à la volonté

des laboratoires détenteurs des autorisations de mise sur le marché. Cette évolution s'inscrit également dans le prolongement de l'élargissement des missions des pharmaciens, notamment en matière d'accompagnement des patients et de bon usage des produits de santé. Leur rôle accru dans le parcours de soins et leur expertise en matière de conseil contribuent à sécuriser, pour certaines spécialités, un accès sans prescription médicale.

Article 31

[Assurer l'harmonisation et la convergence tarifaire de l'activité de radiothérapie en ville et à l'hôpital]

I – Après l'article L. 162-5-14-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-5-14-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-5-14-3* – Par dérogation à l'article L. 162-14-1, les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés au 1^o du I de cet article dus aux médecins par les assurés sociaux dans le cadre des activités de traitement du cancer par radiothérapie sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sur la base de forfaits déterminés en fonction de la nature de la prise en charge, des techniques utilisées et des caractéristiques des patients. »

II – Afin de permettre que la fixation des tarifs prévue à l'article L. 162-5-14-3 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction résultant du I, intervienne avant le 1^{er} mars 2027 et par dérogation au III de l'article L. 162-1-7 du même code, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut procéder, jusqu'à cette date, à l'inscription des actes relevant du traitement du cancer par radiothérapie sur la liste prévue au I de cet article sans recueillir l'avis de la commission mentionnée au V du même article sur le rapport relatif à la description et à la hiérarchisation des actes établi par le Haut Conseil des nomenclatures.

Exposé des motifs

La radiothérapie est utilisée pour traiter environ la moitié des nouveaux cas de cancer en France. Elle est réalisée à part quasi égale par des établissements publics ou des cliniques sans but lucratif, et des cabinets libéraux.

Les règles actuelles de financement de la radiothérapie sont différentes entre les secteurs hospitalier et libéral et fondées sur des nomenclatures obsolètes. Dans les deux cas, ces règles valorisent individuellement chaque séance, n'incitant pas les médecins à privilégier les modes innovants de prise en charge qui permettent de réduire le nombre de séances par patient (hypofractionnement) ou de minimiser la dose et le champ d'irradiation.

Pour corriger cela, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, répondant à une recommandation de la Cour des comptes dans son rapport sur l'application des lois de financements de la sécurité sociale (RALFSS) d'octobre 2022, a prévu une réforme de la tarification des activités de radiothérapie pour les établissements de santé, qui entrera en vigueur dès le 1^{er} janvier 2027. A partir de cette date, la valorisation de l'activité de radiothérapie pour le secteur hospitalier se fera par un paiement à l'épisode de soins, en remplacement du paiement à la séance, et permettra de mieux tenir compte de la technique utilisée et des caractéristiques du patient.

La réforme visait également à harmoniser le système de financement de ces activités entre les établissements et les cabinets libéraux pour prendre en compte des évolutions technologiques de manière équitable pour les deux secteurs. Or, la coexistence de deux modalités de fixation des tarifs, par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pour les tarifs hospitaliers d'une part, et par voie conventionnelle pour les professionnels de santé libéraux d'autre part, fragiliserait l'intention initiale du législateur d'harmonisation et de convergence tarifaire, et de son maintien dans le long terme, au cœur de cette réforme.

En effet, il est important que tous les opérateurs aient les mêmes incitations à promouvoir des prises en charge innovantes pour garantir une équité dans l'accès et dans la qualité des soins apportés aux patients sur l'ensemble du territoire. Or, le cadre légal actuel permet uniquement la forfaitisation des prestations hospitalières, sans mention du secteur libéral.

La présente mesure vise ainsi à sécuriser la convergence de la nomenclature, des modalités de financement et de tarifs entre les deux secteurs.

Article 32 **[Sécuriser les modalités de facturation à l'assurance maladie]**

I. – La section 4 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} de la première partie du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° A l'article L. 161-33 :

a) Au troisième alinéa :

- les mots : « En cas de transmission électronique » sont remplacés par les mots : « Lorsque l'assuré fait l'avance de frais » ;

- les mots : « s'il les a transmis hors du délai prévu » sont remplacés par les mots : « s'il n'a pas respecté les délais et conditions de transmission prévus au premier alinéa, » ;

- après les mots : « tout ou partie des prestations servies à l'assuré » sont insérés les mots : « , dans les conditions prévues à l'article L. 133-4 » ;

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

« Lorsque le professionnel de santé, l'organisme ou l'établissement dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie applique le tiers payant, s'il ne transmet pas à la caisse du bénéficiaire les documents mentionnés au premier alinéa dans les délais et conditions de transmission prévus à cet alinéa, et sans préjudice d'éventuelles sanctions prévues par les conventions nationales mentionnées au chapitre II du présent titre, la caisse peut exiger du professionnel, de l'organisme ou de l'établissement concerné la restitution de tout ou partie des sommes qui lui ont été versées dans les conditions prévues à l'article L. 133-4. Pour son recouvrement, cette restitution est assimilée à une cotisation de sécurité sociale. » ;

2° A l'article L. 161-34 :

a) Les mots : « les modalités de transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge et » sont supprimés ;

b) Les mots : « de ces modalités » sont remplacés par les mots : « des modalités de transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge » ;

c) Les mots : « ces modalités et » sont supprimés ;

3° Au premier alinéa du I de l'article L. 161-35, les mots : « et centres de santé mentionnés aux articles L. 162-14-1, L. 162-16-1 et L. 162-32-1 » sont remplacés par les mots : « mentionnés à la quatrième partie du code de la santé publique, les transporteurs sanitaires, les prestataires de services et distributeurs de matériels, les sociétés de téléconsultation et les centres de santé, mentionnés respectivement aux articles L. 6312-2, L. 5232-3, L. 4081-1 et L. 6323-1 du même code, ainsi que les entreprises de taxi mentionnées à l'article L. 322-5 du présent code et les psychologues mentionnés à l'article L. 162-58 du présent code » ;

4° Après l'article L. 161-35-1, il est inséré un article L. 161-35-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 161-35-2.* – Les logiciels des professionnels de santé assurant la facturation de produits et prestations pris en charge par l'assurance maladie sont agréés par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sur la base d'un cahier des charges qu'il établit et selon une procédure définie par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale.

« Les éditeurs de logiciels sont tenus de faire évoluer dans les délais impartis les logiciels déployés auprès des professionnels de santé de manière à garantir leur conformité avec le cahier des charges établi par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

« Pour les logiciels proposant également des fonctionnalités de production de documents de santé, l'agrément est subordonné au fait de comporter des fonctionnalités permettant, par défaut, l'alimentation par le professionnel du dossier médical partagé du patient conformément à l'article L. 1111-15 du code de la santé publique.

« En cas de retard de la mise à jour d'un logiciel agréé ou de non-respect des éléments d'agrément, hors les cas d'impossibilité technique, le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie peut, dans des conditions fixées par décret, prononcer une pénalité financière ou le retrait de l'agrément à l'encontre de l'entreprise éditant le logiciel qui n'a pas respecté les engagements mentionnés aux deuxième et troisième alinéas, après mise en demeure et recueil des observations de celle-ci. Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité et de la durée du manquement constaté et, le cas échéant, du nombre de réitérations des manquements, sans pouvoir être supérieur :

« 1° A 1 % du chiffre d'affaires, hors taxes, réalisé en France par l'éditeur au titre du dernier exercice clos pour l'année précédente, dans la limite d'un million d'euros ;

« 2° A 1 000 euros pour les personnes physiques et à 10 000 euros pour les personnes morales. » ;

5° A la première phrase du premier alinéa de l'article L. 161-36-3 :

a) Après les mots : « dès lors » sont insérés les mots : « , d'une part, » ;

b) La phrase est complétée par les mots : « et, d'autre part, qu'il respecte les délais et conditions de transmission prévus au premier alinéa de l'article L. 161-33 » ;

6° Après l'article L. 161-36-3, il est inséré un article L. 161-36-3-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 161-36-3-1. – L'action des professionnels mentionnés à l'article L. 161-35, pour le paiement en tiers payant des prestations de l'assurance maladie, se prescrit par un an :

« 1° A compter de la date de réalisation des actes effectués ou des prestations servies ;

« 2° A compter de la date de réalisation ou de délivrance du dernier acte ou de la dernière prestation lorsque sont en cause plusieurs actes ou prestations rapprochés ou relevant d'un même traitement.

« Ces délais peuvent être prolongés, dans la limite d'un an supplémentaire, dans des conditions fixées par décret, pour les cas où un professionnel mentionné au premier alinéa fait face à un événement l'empêchant d'accomplir de manière durable les obligations de transmission des informations prévues aux articles L. 161-33 et L. 161-35. »

II. – Les dispositions des 1° à 3° et du 5° du I du présent article entrent en vigueur à une date fixée par décret, au plus tôt le 1^{er} janvier 2028 et au plus tard le 1^{er} janvier 2029.

Exposé des motifs

La facturation des soins à l'assurance maladie repose aujourd'hui sur un ensemble d'outils et de normes dont l'adoption par les professionnels de santé apparaît encore insuffisante, du fait souvent de leur complexité. En effet, aucune obligation ne pèse sur les éditeurs pour intégrer les évolutions du dispositif Sesam Vitale, qui encadre la facturation électronique des actes de soins, ce qui fait que plusieurs versions obsolètes coexistent, et que certaines professions continuent de recourir à des normes de facturation anciennes au risque de difficultés (rejets de facturation, indus...) qui ne leur sont pas directement imputables.

De même, les outils mis à disposition pour faciliter la facturation, tels que la transmission dématérialisée des pièces justificatives ou la vérification en ligne des droits des assurés, ne sont utilisés qu'à titre facultatif, limitant leur impact sur la qualité et la fiabilité des flux de facturation.

Enfin, l'absence de conséquence au non-respect du délai légal d'envoi des factures en tiers payant expose l'assurance maladie à des risques significatifs de fraude.

La présente mesure vise à remédier à ces difficultés en conditionnant *in fine* la facturation au respect de règles d'usage des outils de facturation. Elle instaure la nécessité de facturer en Sesam Vitale, de recourir aux dernières versions des cahiers des charges dans un délai maximal suivant leur publication, celle de transmettre les pièces justificatives par voie dématérialisée et de procéder à la vérification en ligne des droits des assurés. En outre, afin que la charge ne repose pas sur les professionnels de santé et dans une logique de simplification des usages, la mesure prévoit qu'une sanction sera appliquée aux éditeurs de logiciel lorsque leurs outils ne sont pas en conformité avec les spécifications du DMP, notamment. Elle prévoit enfin la fixation d'un délai maximal pour la

transmission des factures par le professionnel de santé en tiers payant à l'assurance maladie conformément à la revue de dépenses relative à la lutte contre la fraude aux prescriptions et aux facturations à l'assurance maladie. En cas de non-respect de ces règles et conditions de transmission des factures de soins, les caisses d'assurance maladie pourront exiger la restitution des prestations servies. Ces dispositions visent à moderniser et sécuriser les flux de facturation pour les professionnels de santé, à garantir la juste facturation, ainsi qu'à mieux prévenir les fraudes. Elles n'ont pas de conséquence pour le remboursement des soins aux assurés.

Article 33

[Suppression de l'ANDPC et convergence des dispositifs de développement professionnel continu et de certification périodique]

I. – Le titre II du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° A l'article L. 4021-1, après les mots : « professionnels de santé » sont insérés les mots : « qui ne relèvent pas d'un ordre professionnel », et les mots : « Chaque professionnel de santé doit justifier, sur une période de trois ans, de son engagement » sont remplacés par les mots : « Ceux-ci doivent justifier, sur une période de six ans, de leur engagement » ;

2° A l'article L. 4021-3 :

a) A la première phrase du premier alinéa, les mots : « qui permet à chaque professionnel de satisfaire à son obligation » sont supprimés ;

b) A la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « de leur obligation de » sont remplacés par le mot : « du » ;

3° A l'article L. 4021-5, les mots : « leur obligation de développement professionnel continu » sont remplacés par les mots : « l'obligation mentionnée à l'article L. 4021-1 » et les mots : « les instances ordinales, » sont supprimés ;

4° A l'article L. 4021-6 :

a) Au premier alinéa :

i) Les mots : « L'Agence nationale du développement professionnel continu » sont remplacés par les mots : « La Haute Autorité de santé », et les mots : « et contribue à la gestion financière » sont remplacés par le mot : « scientifique » ;

ii) La phrase : « Elle exerce le contrôle de ce dispositif. » est remplacée par la phrase : « Elle exerce le contrôle de la qualité scientifique et pédagogique des actions de développement professionnel continu, elle assure, en lien avec la Caisse des dépôts et consignations, le conventionnement des organismes de formation et concourt à leur évaluation et à leur contrôle. » ;

iii) La phrase : « A cette fin, elle peut se faire communiquer toute pièce nécessaire à ce contrôle. » est remplacée par la phrase : « Elle peut se faire communiquer toute pièce nécessaire à l'exercice de ses missions. » ;

iv) La dernière phrase est supprimée ;

b) Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La gestion administrative et financière du dispositif de développement professionnel continu est assurée, pour l'ensemble des professionnels de santé, quels que soient leurs statuts ou leurs conditions d'exercice, par la Caisse des dépôts et consignations. À ce titre, elle assure le financement des actions, le contrôle administratif et financier du dispositif, la gestion du service dématérialisé et du traitement automatisé de données nécessaire à sa mise en œuvre, ainsi que, en lien avec la Haute Autorité de santé, le conventionnement des organismes de formation. Elle peut se faire communiquer toute pièce nécessaire à l'exercice de ses missions. » ;

c) Le deuxième alinéa, qui devient le troisième, est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les ressources allouées à la Haute Autorité de santé et à la Caisse des dépôts et consignations pour l'exercice de ces missions sont constituées de contributions des régimes obligatoires d'assurance maladie dont les montants sont fixés chaque année. »

d) Le dernier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article, notamment les modalités de coordination entre la Haute Autorité de santé et la Caisse des dépôts et consignations pour l'exercice de leurs missions respectives. » ;

5° Après l'article L. 4021-6, il est inséré un article L. 4021-6-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 4021-6-1. – La Caisse des dépôts et consignations exerce les missions qui lui sont confiées au titre du développement professionnel continu dans le respect des orientations définies par l'État.

« Elle conclut avec l'Etat une convention pluriannuelle d'objectifs et de performance qui précise les objectifs et les modalités d'exercice des missions de gestion administrative et financière du développement professionnel continu, la part des ressources mentionnées à l'article L. 4021-6 destinée à financer les frais de mise en œuvre de ces missions, dont le financement du service dématérialisé et des traitements automatisés de données, ainsi que les modalités de contrôle et d'évaluation de ces missions.

« Elle transmet annuellement à l'Etat et à la Caisse nationale d'assurance maladie un rapport rendant compte de l'exécution de ces missions.

« L'Etat peut demander à la Caisse des dépôts et consignations toute information nécessaire à l'exercice de son contrôle. »

6° A l'article L. 4021-7 :

a) Au 3°, les mots : « L'Agence nationale du développement professionnel continu » sont remplacés par les mots : « La Caisse des dépôts et consignations » ;

b) Le 3° *bis* est remplacé par les dispositions suivantes :

« 3° bis La Haute autorité de santé et la Caisse des dépôts et consignations établissent et mettent en œuvre, chacune pour ce qui la concerne, le plan de contrôle du dispositif » ;

7° Au premier alinéa de l'article L. 4021-8, les mots : « de l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu, puis de l'Agence nationale du développement professionnel continu, » sont remplacés par les mots : « de l'Agence nationale du développement professionnel continu puis de la Caisse des dépôts et consignations » ;

8° La section 2 du chapitre II du présent titre est abrogée ;

9° Au premier alinéa de l'article L. 4022-8, les mots : « et après avis du conseil national de la certification périodique » sont supprimés ;

10° Le présent titre est complété par un chapitre III ainsi rédigé :

« CHAPITRE III

« GARANTIES SCIENTIFIQUES ET DEONTOLOGIQUES RELATIVES AU DEVELOPPEMENT « PROFESSIONNEL CONTINU ET A LA CERTIFICATION PERIODIQUE »

« Art. L. 4023-1. – Une commission spécialisée de la Haute Autorité de santé est chargée :

« 1° D'élaborer les méthodes mentionnées à l'article L. 4021-3 nécessaires à la mise en œuvre du développement professionnel continu ;

« 2° De proposer la méthode d'élaboration des référentiels de certification périodique mentionnés à l'article L 4022-7, et, le cas échéant, de fournir au ministre chargé de la santé l'avis mentionné à l'article L 4022-8 ;

« 3° De définir les orientations scientifiques des dispositifs de développement professionnel continu et de certification périodique ;

« 4° D'élaborer le référentiel de conventionnement des organismes proposant des actions de développement professionnel continu ;

« 5° De rendre des avis publics en matière de développement professionnel continu et de certification périodique ;

« 6° De veiller à la prévention des conflits d'intérêts dans les travaux menés en matière de développement professionnel continu et de certification périodique ;

« 7° De formuler toute proposition relative à la qualité, à l'organisation et à l'évaluation de ces dispositifs ;

« 8° De préparer les délibérations du collège de la Haute Autorité de santé sur les travaux relatifs au développement professionnel continu et à la certification périodique.

« Un décret en Conseil d'Etat précise la composition et les règles de fonctionnement de cette commission. »

11° Au premier alinéa de l'article L. 4135-1, les mots : « quatre ans » sont remplacés par les mots : « six ans » ;

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

1° Après le 23° de l'article L. 161-37, il est inséré un 24° ainsi rédigé :

« 24° Définir les orientations scientifiques et les méthodes applicables au développement professionnel continu et à la certification périodique dans les conditions prévues au titre II du livre préliminaire de la quatrième partie du code de la santé publique. » ;

2° Au troisième alinéa de l'article L. 161-41, après les mots : « L. 5123-3 » sont insérés les mots : « et L. 4023-1 » ;

3° Au 2° de l'article L. 161-45 :

a) Les mots : « deux parts, » sont remplacés par les mots : « trois parts : » ;

b) Les mots : « l'une » sont remplacés par les mots : « la première » ;

c) Les mots : « l'autre » sont remplacés par les mots : « la deuxième au titre du financement des missions de la Haute Autorité de santé en matière de développement professionnel continu et de certification périodique et la troisième » ;

III – L'ensemble des biens, droits et obligations, créances et dettes de l'Agence nationale du développement professionnel continu, afférents à l'exercice de ses missions, ainsi que les contrats et conventions conclus à cette fin et en cours de validité à la date d'entrée en vigueur du présent article, sont transférés de plein droit à la Haute Autorité de santé et à la Caisse des dépôts et consignations, au titre des missions qui leurs sont respectivement confiées par le présent article. Ce transfert est réalisé à titre gratuit et ne donne lieu ni à versement de la contribution prévue à l'article 879 du code général des impôts, ni à perception d'impôts, de droits ou de taxes de quelque nature que ce soit.

IV – Les personnels de l'Agence nationale du développement professionnel continu sont transférés, sauf décision contraire, à la Haute Autorité de santé et à la Caisse des dépôts et consignations au titre des missions qui leur sont respectivement confiées par le présent article. Les agents contractuels de droit public conservent à titre individuel le bénéfice des stipulations de leur contrat et restent régis par les dispositions qui leur sont applicables à la date du transfert. Les fonctionnaires affectés, détachés ou mis à disposition de l'Agence sont affectés, détachés ou mis à disposition de la Haute Autorité de santé ou de la Caisse des dépôts et consignations jusqu'au terme de leur détachement ou de leur mise à disposition, sauf décision contraire.

V – Les organismes de développement professionnel continu conservent le bénéfice de leur enregistrement ou de leur évaluation par l'Agence nationale du développement professionnel continu pour la durée restant à courir. La Haute Autorité de santé et la Caisse des dépôts et consignations assurent, chacune pour ce qui la concerne, la poursuite des procédures d'enregistrement, d'évaluation et de contrôle en cours à la date d'entrée en vigueur du présent article. La Caisse des dépôts et consignations assure la continuité des opérations de gestion administrative et financière en cours à la date d'entrée en vigueur du présent article, notamment les paiements afférents aux actions de développement professionnel continu réalisées.

VI – Les systèmes d'information utilisés par l'Agence nationale du développement professionnel continu sont transférés à la Caisse des dépôts et consignations dans des conditions garantissant la continuité du service. Ce transfert comprend l'ensemble des données, applications, droits d'accès, infrastructures et licences nécessaires à la gestion du dispositif. La Caisse des dépôts et consignations en assure l'exploitation, la maintenance, la sécurisation et l'évolution. La Haute Autorité de santé dispose d'un accès aux données nécessaires à l'exercice de ses missions. Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application de ces dispositions.

VII – Les dispositions du présent article entrent en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 31 décembre 2027.

Au deuxième alinéa de l'article 3 de l'ordonnance n° 2021-961 du 19 juillet 2021, les mots : « en exercice au 1^{er} janvier 2023 dispose d'un délai de neuf ans » sont remplacés par les mots : « en exercice au 1^{er} janvier 2026 disposent d'un délai courant jusqu'au 1^{er} janvier 2032 », et les mots : « qui commence à compter de cette date » sont supprimés.

Exposé des motifs

Cette mesure s'inscrit dans le cadre du programme « Etat efficace » et dans le prolongement des travaux d'évaluation conduits par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS).

Si le développement professionnel continu (DPC) constitue un levier majeur d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et d'adaptation des compétences des professionnels de santé aux évolutions scientifiques, organisationnelles et technologique, son organisation actuelle, reposant sur l'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC), présente des limites en termes de lisibilité, d'efficacité administrative et de cohérence stratégique.

Par ailleurs, l'entrée en vigueur de la certification périodique pour les professionnels relevant d'un ordre professionnel rend nécessaire une meilleure articulation entre ces deux dispositifs.

Dans ce contexte, une réorganisation d'ensemble du dispositif est proposée, fondée sur une clarification des rôles entre pilotage scientifique et gestion administrative :

Les missions relatives à la définition des orientations scientifiques, à l'élaboration des méthodes, à l'évaluation de la qualité et à la régulation du DPC sont confiées à la Haute Autorité de santé, dans la continuité de ses compétences en matière d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles et de qualité des soins ; la gestion administrative et financière du dispositif est confiée à la Caisse des dépôts et consignations, afin d'assurer une gestion efficiente, sécurisée et modernisée.

Le présent article supprime en conséquence l'Agence nationale du développement professionnel continu et organise le transfert de ses missions, tout en renforçant l'articulation entre DPC et certification périodique, notamment en supprimant l'obligation de DPC pour les professions ordonnées et éviter une double obligation pour ces professionnels désormais assujettis à la certification périodique. Les textes réglementaires d'application permettront de construire un modèle de gouvernance en concertation avec les organisations syndicales des professionnels de santé sur les choix et l'organisation de la politique publique de formation continue.

CHAPITRE IV
PERENNISER LE SYSTEME DE RETRAITES ET LE RENDRE PLUS EQUITABLE

Article 34
[Forfaitiser et harmoniser la majoration de pension pour enfants]

I. – Le code des pensions civiles et militaires de retraite est ainsi modifié :

1° Au *b* de l'article L. 12, les mots : « énumérés au II de l'article L. 18 » sont remplacés par les mots : « ouvrant droit aux majorations mentionnées aux articles L. 18 et L. 18 *bis* » ;

2° L'article L. 16 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les montants des majorations mentionnées aux articles L 18 et L. 18 *bis* du présent code sont fixés par décret et revalorisés dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale. » ;

3° L'article L. 18 est ainsi rédigé :

« La majoration forfaitaire de pension prévue à l'article L. 173-1-6 du code de la sécurité sociale est accordée aux titulaires ayant eu ou élevé un nombre minimum d'enfants. » ;

4° Après l'article L. 18, sont insérés deux articles L. 18 *bis* et L. 18 *ter* ainsi rédigés :

« *Art. L. 18 bis.* – Une majoration forfaitaire complémentaire de pension est accordée aux titulaires qui bénéficient de la majoration mentionnée à l'article L. 18. Son montant varie en fonction du nombre d'enfants.

« Les conditions d'ouverture du droit à cette majoration et ses modalités de calcul sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

« *Art. L. 18 ter.* – Le montant de la pension majorée en application des articles L. 18 et L. 18 *bis* ne peut excéder le montant du traitement ou de la solde mentionné à l'article L. 15. En cas de dépassement, le montant de ces majorations est réduit à due proportion.

« Sur décision du juge pénal, le titulaire ne peut bénéficier des majorations mentionnées aux articles L. 18 et L. 18 *bis* s'il a été privé de l'exercice de l'autorité parentale ou s'est vu retirer l'autorité parentale consécutivement à une condamnation pénale au titre des crimes ou délits prévus à la section 1 du chapitre I^{er} du titre II du livre II du code pénal ou aux paragraphes 1 et 2 des sections 1 et 3 du chapitre II du même titre II, lorsque ces crimes ou délits ont été commis à l'encontre d'un des enfants. » ;

5° Au dernier alinéa du 3° du I et au dernier alinéa du 1° *bis* du II de l'article L. 24, les mots : « enfants énumérés au II de l'article L. 18 que l'intéressé a élevés dans les conditions prévues au III dudit article » sont remplacés par les mots : « autres enfants ouvrant droit aux majorations mentionnées aux articles L. 18 et L. 18 *bis* élevés dans les conditions prévues pour l'ouverture de ce droit » ;

6° A l'article L. 30 *ter* :

a) Les mots : « au V de l'article L. 18 » sont remplacés par les mots : « au premier alinéa de l'article L. 18 *ter* » ;

b) Après les mots : « aux articles L. 18 », sont insérés les mots : « , L. 18 *bis* » ;

7° Le 2° de l'article L. 38 est remplacé par les dispositions suivantes :

« 2° La moitié des majorations prévues aux articles L. 18 et L. 18 *bis*, obtenues ou qu'aurait pu obtenir le fonctionnaire, si le bénéficiaire de la pension de réversion a élevé les enfants ouvrant droit à ces majorations dans les conditions prévues pour l'ouverture de ce droit. » ;

8° A l'article L. 89 :

a) A la seconde phrase du premier alinéa, les mots : « à la majoration de pension prévue à l'article L. 18 » sont remplacés par les mots : « aux majorations prévues aux articles L. 18 et L. 18 *bis* » ;

b) Au second alinéa, les mots « de la majoration prévue à l'article L. 18 » sont remplacés par les mots : « des majorations prévues aux articles L. 18 et L. 18 *bis* ».

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

1° Au premier alinéa de l'article L. 732-38, dans sa rédaction antérieure à l'article 87 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025, après la référence : « L. 351-12 », sont insérés les mots : « ainsi que le troisième alinéa de l'article L. 353-1 » ;

2° A l'article L. 781-29, le dernier alinéa est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« Par dérogation au premier alinéa :

« 1° Les articles L. 732-39 et L. 732-40, dans leur rédaction résultant de la loi n° 2025-1403 du 30 décembre 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 ;

« 2° L'article L. 732-38, dans sa rédaction résultant de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2027, est applicable aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} juillet 2027. »

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

1° Après l'article L. 173-1-5, il est inséré un article L. 173-1-6 ainsi rédigé :

« Art. L. 173-1-6. – La pension attribuée par un régime d'assurance vieillesse de base est majorée d'un montant forfaitaire pour tout assuré ayant eu ou élevé un nombre minimum d'enfants. Son montant est fixé par décret et revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1.

« Les conditions d'ouverture du droit et les modalités de calcul de cette majoration sont précisées par décret en Conseil d'Etat.

« Les modalités de versement de cette majoration sont précisées par décret. » ;

2° A l'article L. 342-4 :

a) Au deuxième alinéa, les mots : « d'un pourcentage déterminé » sont remplacés par les mots : « d'un montant forfaitaire, déterminé par décret et revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 » ;

b) Le dernier alinéa est supprimé ;

3° A l'article L. 351-12 :

a) Après le mot « assortie », les mots : « d'une majoration pour tout assuré de l'un ou de l'autre sexe ayant eu un nombre minimum d'enfants » sont remplacés par les mots : « de la majoration prévue à l'article L. 173-1-6. » ;

b) Les deuxième et troisième alinéas sont supprimés ;

4° Le troisième alinéa de l'article L. 353-1 est remplacé par les dispositions suivantes ainsi rédigé : « Lorsque le bénéficiaire remplit les conditions fixées au premier alinéa de l'article L. 173-1-6, sa pension de réversion est majorée d'un montant forfaitaire déterminé par décret et revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1. » ;

5° Au troisième alinéa de l'article L. 353-3, les mots : « à l'article L. 351-12 » sont remplacés par les mots : « au premier alinéa de l'article L. 173-1-6 » et l'alinéa est complété par les mots : « du montant forfaitaire prévu au troisième alinéa de l'article L. 353-1 » ;

6° Au deuxième alinéa de l'article L. 357-10 :

a) A la première phrase, après les mots : « est majorée », sont insérés les mots : « d'un montant forfaitaire, déterminé par décret et revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1, » et les mots : « à l'article L. 351-12 » sont remplacés par les mots : « au premier alinéa de l'article L. 173-1-6 » ;

b) La seconde phrase est supprimée.

IV. – Le code des transports est ainsi modifié :

1° L'article L. 5552-20 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les montants des majorations mentionnées à l'article L. 5552-22 sont fixés par décret et revalorisés dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale. » ;

2° L'article L. 5552-22 est ainsi rédigé :

« Art. L. 5552-22. – I. – La majoration forfaitaire de pension prévue à l'article L. 173-1-6 du code de la sécurité sociale est accordée aux titulaires ayant eu ou élevé un nombre minimum d'enfants.

« II. – Une majoration forfaitaire complémentaire de pension est accordée aux titulaires ayant eu ou élevé un nombre minimum d'enfants. Son montant varie en fonction du nombre d'enfants.

« Les conditions d'ouverture du droit à cette majoration et ses modalités de calcul sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

« III. – Sur décision du juge pénal, le titulaire ne peut bénéficier des majorations mentionnées aux I et II s'il a été privé de l'exercice de l'autorité parentale ou s'est vu retirer l'autorité parentale consécutivement à une condamnation pénale au titre des crimes ou délits prévus à la section 1 du chapitre I^{er} du titre II du livre II du code pénal ou aux paragraphes 1 et 2 des sections 1 et 3 du chapitre II du même titre II, lorsque ces crimes ou délits ont été commis à l'encontre d'un des enfants. »

V. – Le 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 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au premier alinéa du présent B, l'article L. 732-38, dans sa rédaction issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2027, s'applique aux pensions prenant effet entre le 1^{er} juillet et le 31 décembre 2027. »

VI. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} juillet 2027.

Exposé des motifs

Les inégalités de pension de droit direct entre les femmes et les hommes restent marquées, puisqu'un écart moyen de 37 % subsiste encore en 2023, résultant notamment des effets de la parentalité sur les carrières des mères. Le Gouvernement a ainsi proposé dès les textes financiers pour 2026 d'améliorer le calcul de la retraite des mères ainsi que de faciliter leur accès au dispositif de retraite anticipée pour carrière longue. La majoration de pension pour enfant (MPE), bien que conçue pour compenser les charges des familles nombreuses, aggrave paradoxalement ces inégalités : elle est en effet proportionnelle à la pension, et bénéficie dès lors davantage aux pensionnés aisés et aux hommes, dont les pensions sont déjà en moyenne plus élevées avant l'application de cette majoration, qu'aux femmes et donc aux mères. Ce constat a notamment été partagé dans le cadre de la conférence « Travail, Emploi, Retraites » qui s'est tenue au cours du premier semestre de l'année 2026 et a rendu son rapport au mois de septembre 2026. Une intervention du législateur est donc nécessaire pour faire évoluer ces règles, dans le respect du principe d'égalité de traitement entre les sexes garanti par la jurisprudence nationale et européenne.

La mesure transforme en conséquence, pour les pensions à liquider à compter du 1^{er} juillet 2027, la MPE proportionnelle aux revenus en un montant forfaitaire identique pour les hommes et les femmes, ce qui avantagera les pensions modestes, lesquelles sont majoritairement perçues par des femmes ; le montant du forfait sera fixé de manière à garantir un coût global du même ordre que celui du système actuel applicable à compter du troisième enfant, tous régimes confondus.

Article 35
[Dérogation exceptionnelle aux modalités de revalorisation des pensions de retraite pour 2027]

I. – A titre exceptionnel, pour l'année 2027 et par dérogation à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale, les pensions de vieillesse servies par les régimes obligatoires de base, ainsi que leurs majorations, accessoires et suppléments, sont revalorisés dans les conditions prévues au présent article.

II. – Les pensions, majorations, accessoires et suppléments mentionnés au I sont revalorisés en fonction du montant mensuel total, au 31 décembre 2026, des pensions de vieillesse de droit direct et dérivé servies à l'assuré par les régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, y compris leurs majorations, accessoires et suppléments, à l'exception de la majoration mentionnée à l'article L. 355-1 du code de la sécurité sociale, comme suit :

a) Ils sont revalorisés à hauteur du coefficient mentionné à l'article L. 161-23-1 du même code lorsque le montant total mentionné au premier alinéa est inférieur ou égal à 1 260 euros ;

b) Lorsque ce montant total est supérieur à 1 260 euros et inférieur ou égal à, respectivement, 1 265, 1 270, 1 275 et 1 281 euros, ils sont revalorisés à hauteur du coefficient mentionné à l'article L. 161-23-1, réduit, sans pouvoir être inférieur à un et pour chacune de ces catégories de revenus, par l'application d'un coefficient fixé par décret.

III. – Sans préjudice de l'application des dispositions du b du II du présent article et en tenant compte de la situation financière du système de retraite, peuvent être fixés par décret des coefficients de revalorisation des pensions, majorations, accessoires et suppléments mentionnés au I du présent article servis aux assurés dont le montant total mentionné au premier alinéa du même II est supérieur à 1 260 euros.

Ces coefficients, qui ne peuvent être inférieurs à un, sont fixés dans les conditions suivantes :

a) Lorsque le montant total de pensions mentionné au premier alinéa du II du présent article est inférieur ou égal à, respectivement, 1 265, 1 270, 1 275 et 1 281 euros, le décret prévoit, pour chacune de ces catégories de revenus, des coefficients inférieurs ou égaux à celui prévu au *a* du II, sous réserve qu'ils ne soient pas inférieurs au coefficient résultant de l'application des dispositions du *b* du même II ;

b) Lorsque le montant total de pensions mentionné au premier alinéa du II du présent article est supérieur à 1 281 euros et inférieur ou égal à, respectivement, 2 000, 2 007, 2 014, 2 021, 2 028 et 2 034 euros, le décret prévoit, pour chacune de ces catégories de revenus, des coefficients inférieurs ou égaux au plus petit des coefficients prévus au *a* du présent III ;

c) Lorsque le montant total de pensions mentionné au premier alinéa du II du présent article est supérieur à 2 034 euros, le coefficient est inférieur ou égal au plus petit des coefficients prévus au *b* du présent III.

La fixation des coefficients de revalorisation des pensions, majorations, accessoires et suppléments mentionnés au I du présent article, résultant des dispositions du présent III, ne peut

conduire à ce qu'ils soient revalorisés, au titre de l'année 2027, d'un coefficient inférieur à un, ni supérieur au coefficient prévu à l'article L. 161-23-1 du même code.

Tout décret prévu au présent III s'applique aux pensions dues à compter du 1^{er} janvier 2027.

Jusqu'à la publication d'un décret mentionné au présent III ou à défaut d'une telle publication au plus tard le 31 octobre 2027, le coefficient de revalorisation des pensions, majorations, accessoires et suppléments mentionnés au même III est fixé, au titre de l'année 2027, à un, à l'exception des pensions, majorations, accessoires et suppléments revalorisés en application du b du II du présent article.

IV. – Pour les régimes de retraite dont tout ou partie de la pension est exprimée en points, un décret précise les modalités selon lesquelles il est procédé, au titre de l'année 2027, à l'attribution de points supplémentaires ou à l'application d'un coefficient pour la mise en œuvre de la revalorisation définie au présent article.

Exposé des motifs

La soutenabilité de notre système de retraite est un enjeu décisif pour la maîtrise de nos finances publiques et pour garantir la confiance dans la pérennité de notre système redistributif. Selon le dernier rapport du comité d'orientation des retraites (COR), ces prestations représentent 14,1 % du PIB en 2025 et 24,3 % de l'ensemble des dépenses publiques. En dépit des économies permises par la réforme des retraites de 2023, le déficit de la branche vieillesse s'est élevé à -4,5 milliards d'euros en 2024 et serait de -6,8 milliards d'euros en 2025. En raison de ce niveau important, il est nécessaire de mieux maîtriser ces dépenses et notamment la forte dynamique des pensions, tirées vers le haut par plusieurs années de forte inflation.

En effet, la loi garantit aujourd'hui la revalorisation automatique des pensions au 1^{er} janvier en fonction de l'inflation constatée sur douze mois. Cette règle, qui a protégé l'ensemble des retraités de la période d'inflation entre 2022 et 2024, a eu cependant pour conséquence une hausse forte des dépenses, sans que les recettes, principalement assises sur les salaires, aient connu la même dynamique. De fait, la revalorisation cumulée des pensions sur la période récente s'est avérée supérieure à la fois à l'inflation courante et, surtout, à la hausse des salaires.

Evolution des revalorisations des pensions, de l'IPCHT et du SMPT du secteur privé depuis 2024

	2024	2025	2026
Revalorisation des pensions en moyenne annuelle	5,3%	2,2%	0,9%
IPCHT	1,8%	0,9%	2,0%
SMPT privé	2,9%	1,9%	2,0%

Source : DSS, 6A.

Par ailleurs, en 2023 et 2024, le taux d'épargne des ménages a particulièrement augmenté pour les ménages retraités dont les pensions, ont été revalorisées de 5,3% au 1^{er} janvier 2024. Cette situation atypique démontre une propension moyenne à l'épargne accrue. Cette situation justifie de solliciter de l'ensemble de la population, pensionnés compris, une participation à l'effort de rétablissement des comptes publics.

En outre, considérant le niveau de vie relatif élevé des retraités dans les comparaisons européennes¹ et l'augmentation de leur taux d'épargne ces dernières années, le comité de suivi des retraites a réitéré, dans son avis de 2026, sa recommandation émise déjà l'année précédente d'agir prioritairement sur l'indexation des pensions dans les prochaines années pour compenser le déséquilibre structurel de la branche².

Dans le champ des régimes de retraite complémentaire, les partenaires sociaux, assurant le pilotage de l'AGIRC-ARRCO, ont ainsi pris des décisions similaires, telles que la cible de sous-indexation des pensions du régime de 0,4 point par rapport à l'inflation hors tabac, dans l'ANI du 5 octobre 2023, pour les années 2024, 2025 et 2026.

La présente mesure vise à pallier le poids de la revalorisation automatique des pensions sur les comptes sociaux qui constitue, avec la fixation des taux de cotisation et des paramètres d'âge et de durée d'assurance, l'un des principaux déterminants de notre système des retraites. Elle vise à déterminer le coefficient d'indexation des pensions en fonction du montant des pensions, afin d'assurer une contribution des retraités les plus aisés au rétablissement des comptes de la branche vieillesse, tout en préservant le pouvoir d'achat des retraités bénéficiant de pensions modestes ou moyennes. La mesure propose ainsi, pour les pensions dont le montant total (base et complémentaire) est supérieur au niveau de pension garanti pour une personne ayant une carrière complète (1 281 euros), de permettre au Gouvernement de déterminer, par voie réglementaire, un taux d'indexation inférieur à celui de l'inflation et supérieur à 1 (aucune baisse). Afin de permettre au Gouvernement de déterminer le coefficient de revalorisation, le comité de suivi des retraites lui transmettra une proposition. Ce taux pourra également être plus progressif en mobilisant deux seuils de revalorisation (1 281 euros et 2 034 euros).

Un tel décret pourra être pris plusieurs fois au cours de l'année 2027, s'il est décidé de revaloriser davantage les pensions au cours de l'année, dans la limite de l'inflation. Une telle revalorisation pourra s'appliquer de manière rétroactive à l'ensemble des pensions dues à compter du 1^{er} janvier 2027. Les éventuels décrets successifs ne pourront ajuster les coefficients de revalorisation qu'à la hausse, de sorte qu'aucune pension ne pourra voir son montant baisser du fait de l'application du décret.

Dans une hypothèse où, outre la revalorisation selon l'inflation des pensions des assurés situés sous le seuil de 1 281 €, le montant des pensions entre 2026 et 2027 serait maintenu pour les pensionnés dont le montant total excède ce seuil, l'impact financier total serait de 4,0 Md€ en 2027, dont une contribution de 3,0 milliards d'euros au redressement des comptes de la branche vieillesse.

¹ Conseil d'orientation des retraites, Rapport annuel, *Evolutions et perspectives des retraites en France*, juin 2026, p. 144-146

² Le comité de suivi des retraites a ainsi réitéré sa recommandation d'une sous-indexation des pensions par rapport à l'inflation de deux points en cumulé d'ici 2030.

CHAPITRE V

GARANTIR L'EQUITE DES PRESTATIONS FAMILIALES

Article 36

[Créer une allocation de remplacement bénéficiant aux non-salariés agricoles dont un enfant est gravement malade, porteur d'un handicap ou victime d'un accident grave]

I. – Après l'article L. 732-12-3 du code rural et de la pêche maritime, sont insérés trois articles L. 732-12-4, L. 732-12-5 et L. 732-12-6 ainsi rédigés :

« *Art. L. 732-12-4.* – Les assurés mentionnés aux 1° et 2°, au a du 4° et au 5° de l'article L. 722-10 qui cessent leur activité afin d'assumer la charge d'un enfant atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue et des soins contraignants bénéficient d'une allocation de remplacement pour couvrir les frais exposés par leur remplacement dans les travaux de l'exploitation agricole, sur leur demande et sous réserve de se faire remplacer par une personne salariée d'un groupement d'employeurs ayant conclu avec la caisse de mutualité sociale agricole de la circonscription une convention à cet effet, ou à défaut, par une personne salariée directement recrutée à cette fin.

« Le droit à l'allocation de remplacement est ouvert dans les conditions prévues à l'article L. 544-2 du code de la sécurité sociale et est soumis à l'accord préalable du service du contrôle médical prévu à l'article L. 732-5.

« La durée maximale de versement de l'allocation de remplacement est fixée à cent jours, lesquels peuvent être répartis au cours d'une période dont la durée est fixée par décret.

« A titre exceptionnel, l'allocation de remplacement peut être versée pendant un maximum de cent jours supplémentaires au cours de la période mentionnée au troisième alinéa du présent article, lorsqu'un nouveau certificat médical établi par le médecin qui suit l'enfant en atteste la nécessité et est confirmé par un accord préalable du service du contrôle médical prévu à l'article L. 732-5.

« Le droit à l'allocation de remplacement peut être de nouveau ouvert à l'issue de la période mentionnée au troisième alinéa du présent article, dès lors que les conditions mentionnées à l'article L. 732-12-4 sont réunies, dans les situations qui suivent :

« 1° En cas de rechute ou de récurrence de la pathologie de l'enfant au titre de laquelle le droit à l'allocation de remplacement avait été ouvert ;

« 2° Lorsque la gravité de la pathologie de l'enfant au titre de laquelle le droit à l'allocation de remplacement avait été ouvert nécessite toujours une présence soutenue et des soins contraignants.

« Un décret détermine les modalités d'application du présent article, notamment la durée maximale de la période de versement de l'allocation de remplacement, la limite d'âge de l'enfant, les montants de l'allocation de remplacement ainsi que les conditions de son versement.

« *Art. L. 732-12-5.* – Lorsque le remplacement prévu à l'article L. 732-12-4 ne peut pas être effectué, les assurés qui cessent leur activité bénéficient de l'allocation journalière de présence parentale dans les conditions prévues aux articles L. 544-1 à L. 544-10 du code de la sécurité sociale.

« Art. L. 732-12-6. – L'allocation de remplacement prévue à l'article L. 732-12-4 n'est pas cumulable avec les dispositifs suivants :

« 1° L'allocation prévue à l'article L. 544-1 du code de sécurité sociale au cours de la période prévue au troisième alinéa de l'article L.732-12-4 ;

« 2° Les indemnités journalières mentionnées aux articles L. 732-4 et L. 752-5 ;

« 3° Les prestations mentionnées aux articles L. 732-10 à L. 732-12-3 ;

« 4° La prestation partagée d'éducation de l'enfant ;

« 5° Le complément et la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé perçus pour le même enfant ;

« 6 ° L'allocation aux adultes handicapés. »

II. – Le 6° de l'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale est complété par un e) ainsi rédigé :

« e) De la totalité du montant des allocations versées dans les conditions prévues à l'article L. 732-12-4 du code rural et de la pêche maritime ; ».

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

Exposé des motifs

La présente mesure vise à créer une allocation de remplacement au profit des parents non-salariés agricoles (chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole, aides familiaux, associés d'exploitation, collaborateurs d'exploitation ou d'entreprise agricole), dès lors qu'ils doivent momentanément cesser leur activité pour s'occuper de leur enfant atteint d'une maladie grave, porteur d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité.

Actuellement réservé à certains événements familiaux, le dispositif d'allocation de remplacement permet aux non-salariés agricoles de bénéficier, sous réserve qu'ils cessent leur activité sur leur exploitation ou entreprise agricole, d'un remplacement dans la totalité des actions nécessaires à la continuité de celle-ci, par l'intermédiaire d'un service de remplacement conventionné.

Lorsque les parents non-salariés agricoles doivent accompagner leur enfant nécessitant une telle prise en charge médicale, ces derniers peuvent bénéficier en l'état actuel du droit de l'allocation journalière de présence parentale, une indemnisation forfaitaire destinée à compenser la perte de gain. Cependant, les consultations publiques récemment menées dans le cadre du *Plan d'action pour favoriser la place des femmes en agriculture*, portée par la ministre de l'agriculture, de l'agro-alimentaire et de la souveraineté alimentaire, ont mis en exergue la nécessité d'une meilleure adaptation du dispositif de remplacement à la profession agricole dès lors qu'il permet d'assurer la pérennité de l'activité, *a fortiori* en cas de présence d'animaux vivants. Dès lors, le dispositif d'allocation de remplacement ainsi créé sera substitué à l'allocation journalière de présence parentale au profit des parents non-salariés agricoles, sauf lorsque le remplacement ne pourra être assuré par le service de remplacement conventionné.

La mesure favorise l'égalité entre les femmes et les hommes et une meilleure conciliation entre la vie personnelle et professionnelle. En effet, face à une telle situation, les mères et pères non-salariés agricoles cessent en majorité leur activité pour accompagner leur enfant nécessitant une prise en charge médicale. Le remplacement permettrait par conséquent d'éviter, pour les mères et les pères, une cessation définitive de leur activité.

Article 37

[Restreindre l'accès aux prestations familiales pour les étrangers extra-UE]

I. – A l'article L. 512-2 du code de la sécurité sociale :

1° Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

a) Le mot : « titre » est remplacé par les mots : « document de séjour » ;

b) Après les mots : « en France » sont insérés les mots : « et qui y résident depuis au moins un an au sens de l'article L. 111-2-3. » ;

2° Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Cette condition de durée de résidence n'est pas applicable pour le bénéfice des prestations familiales mentionnées aux 5°, 8° et 9° de l'article L. 511-1 et ne s'applique pas aux réfugiés, aux bénéficiaires de la protection subsidiaire, aux apatrides ni aux ressortissants étrangers qui, en application du droit de l'Union européenne ou d'un accord international conclu par l'Union ou la France, bénéficient d'un droit à l'égalité de traitement avec les ressortissants nationaux.» ;

3° Au troisième alinéa, qui devient le quatrième, les mots : « Ces étrangers bénéficient des prestations familiales sous réserve qu'il soit justifié, » sont remplacés par les mots : « Les étrangers titulaires d'un document de séjour ne les autorisant pas à travailler bénéficient des prestations familiales sous réserve qu'il soit également justifié, » ;

4° A la fin du cinquième alinéa, qui devient le sixième, le signe : « ; » est remplacé par le signe : « . » ;

5° Les sixième à dixième alinéas, qui deviennent les septième à onzième alinéas, sont supprimés ;

6° Le dernier alinéa est ainsi modifié :

a) A la première phrase, le mot : « titres » est remplacé par les mots : « documents de séjour » ;

b) A la seconde phrase, les mots : « que ces étrangers ont à charge » sont remplacés par les mots : « à charge d'étrangers titulaires d'un document de séjour ne les autorisant pas à travailler ».

II. – L'ordonnance n° 2026-647 du 22 juillet 2026 relative à l'extension et à l'adaptation du code de la sécurité sociale à Mayotte et à l'accélération de la convergence sociale en matière de sécurité sociale et de minima sociaux est ainsi modifiée :

a) Au 2° du I de l'article 2, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « trois » ;

b) Au quatrième alinéa du 12° du B de l'article 8, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « trois ».

III. – Les 1° et 2° du I et le II s'appliquent aux droits ouverts à compter d'une date fixée par décret, et au plus tard le 1^{er} juillet 2027.

Exposé des motifs

En l'état du droit, les ressortissants étrangers en situation régulière peuvent bénéficier des prestations familiales dans les conditions de droit commun, sans qu'une durée minimale de résidence régulière en France leur soit spécifiquement opposable. Le droit français prévoit pourtant déjà, pour certaines prestations sociales, des conditions d'antériorité de séjour applicables aux ressortissants de pays tiers, notamment pour le revenu de solidarité active et l'allocation de solidarité aux personnes âgées. Il prévoit également des délais de carence pour l'accès aux droits maladie de l'ensemble des assurés.

Le présent article vise à subordonner l'accès à certaines prestations familiales et aux aides personnelles au logement à une durée minimale d'un an de résidence régulière en France pour les ressortissants de pays tiers, afin de conditionner leur bénéfice à une installation suffisamment durable sur le territoire. Il tire ainsi les conséquences de la décision du Conseil constitutionnel du 11 avril 2024, qui a admis le principe d'une condition de durée de résidence pour l'accès des étrangers en situation régulière à certaines prestations sociales, tout en jugeant disproportionnée une durée de cinq ans.

Afin d'assurer le caractère proportionné de la mesure et sa conformité aux exigences européennes et internationales, cette condition ne sera notamment pas applicable aux personnes bénéficiant d'une protection internationale, aux titulaires d'une carte de résident ainsi qu'aux ressortissants étrangers titulaires d'un titre ou document les autorisant à travailler. Les prestations destinées à accompagner les familles confrontées au handicap, à la maladie grave ou au décès d'un enfant seront également préservées. La mesure s'accompagnera d'une renégociation de certains accords et conventions de sécurité sociale, afin que le dispositif puisse prendre sa pleine effectivité.

CHAPITRE VI

RENFORCER LA PERTINENCE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPENDANCE

Article 38

[Prolongation de l'expérimentation "fusion des sections" (réforme du modèle de financement des EHPAD)]

Au premier alinéa du A du I de l'article 79 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, modifié par l'article 82 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025, le nombre : « 2026 » est remplacé par le nombre : « 2027 ».

Exposé des motifs

L'article 79 de la loi n° 2023-1250 du 26 décembre 2023 de financement de la sécurité sociale pour 2024, modifié par l'article 82 de la loi n° 2025-199 du 28 février 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2025, prévoit une expérimentation consistant à fusionner les actuelles sections « soins » et « Dépendance » des EHPAD et des unités de soins de longue durée (USLD). Le forfait unique relatif aux soins et à l'entretien de l'autonomie (FGU) est fixé par l'agence régionale de santé et versé par l'organisme payeur de l'assurance maladie.

Cette expérimentation est entrée en vigueur le 1er juillet 2025 dans vingt-trois départements¹, répartis sur 8 régions. Au total, près de 1 570 EHPAD, représentant 117 600 places (19% du total de places), et 115 USLD sont concernés.

L'expérimentation a une durée de 18 mois et s'achèvera le 31 décembre 2026.

Les retours recueillis dans le cadre de l'évaluation de l'expérimentation font apparaître une adhésion très forte des établissements au nouveau modèle de financement. Les fédérations représentatives du secteur confirment ce constat et se prononcent unanimement en faveur d'une généralisation rapide du dispositif.

La présente mesure propose de prolonger l'expérimentation à compter du 1^{er} janvier 2027 jusqu'au 31 décembre de la même année, un délai étant nécessaire pour assurer les concertations nécessaires avec les départements et d'examiner les conditions d'une éventuelle généralisation du dispositif.

Article 39

[Intéressement à l'efficiencia des EHPAD et des services autonomie à domicile]

La section 1 du chapitre IV du livre III du code de l'action sociale et des familles est complétée par un article L. 314-2-3-1 ainsi rédigé :

« *Article L. 314-2-3-1.* – Les établissements mentionnés aux I et II de l'article L. 313-12 et les services mentionnés au 1° de l'article L. 313-1-3 sont intéressés financièrement à l'efficiencia et à la pertinencia des activités de soins et de prévention de la perte d'autonomie dont le financement relève de l'agence régionale de santé.

« En fonction des résultats obtenus par les établissements et services au regard des objectifs fixés au niveau national ou régional, qui peuvent être exprimés en volume ou en taux d'évolution et qui sont mesurés à partir d'indicateurs mesurant l'efficiencia et la pertinencia des activités de soins et de prévention de la perte d'autonomie mises en œuvre, le directeur général de l'agence régionale de santé peut leur attribuer une dotation complémentaire.

« Ces objectifs peuvent être communs aux établissements et services mentionnés au premier alinéa du présent article et aux établissements de santé mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-23-14 du code de la sécurité sociale, opérant de façon coordonnée sur le territoire de santé mentionné à l'article L. 1434-9 du code de la santé publique.

« Un décret fixe les modalités d'application du présent article. »

Exposé des motifs

L'accélération du vieillissement de la population constitue l'un des défis majeurs pour le système de santé des prochaines années.

Le secteur médico-social du grand âge a dans cette perspective un rôle important à jouer en matière de prévention, de sécurisation des parcours et d'organisation de la gradation et de la pertinence de la réponse.

Plusieurs instruments et dispositifs ont été renforcés ces dernières années afin de préciser le rôle des EHPAD et ex-SSIAD dans la prise en charge : les réformes de tarification successives, qui ont renforcé la médicalisation des établissements et des ex-SSIAD ; le déploiement des centres ressource territoriaux – CRT – qui marquent un début d'approche populationnelle ; le dégel de la valeur de point PATHOS, qui redonne de l'intérêt au passage au tarif global et permet de piloter des dépenses de santé relevant en tarif partiel des soins de ville ; diverses initiatives pour renforcer la complémentarité entre médico-social et sanitaire (des expérimentations article 51, comme celle sur les équipes prêtes à partir qui facilitent la sortie d'hospitalisation ; les équipes mobiles d'hygiène ou la HAD qui appuient les EHPAD sur des besoins plus spécifiques, en technicité ou la nuit, etc.)

Cependant, les efforts faits par les établissements ou services médico-sociaux pour contribuer à la pertinence et à l'efficacité des parcours de soins sont difficilement valorisables.

L'article 79 de la loi de financement pour 2026 a renouvelé le dispositif d'intéressement des établissements de santé en prévoyant que ces derniers peuvent être intéressés financièrement aux efforts qui permettent de réaliser des économies globales dans le parcours de soins.

La présente mesure vise donc à instaurer un mécanisme similaire pour le secteur médico-social du grand âge, et ainsi reconnaître pleinement la place du secteur médico-social dans la gestion du risque maladie. Des objectifs nationaux et régionaux seront fixés, par exemple en matière de réduction du nombre de chutes, ou d'hospitalisations évitables, en tenant compte de leur impact sur la pertinence et l'efficacité du parcours des personnes âgées appréhendé dans sa globalité. Les agences régionales de santé pourront attribuer des financements complémentaires en fonction de l'atteinte de ces objectifs. En cible, les objectifs fixés au secteur sanitaire et au secteur médico-social seront articulés entre eux sur chaque territoire, afin de pallier les défauts de coordination qui résultent de la segmentation des financements.

TITRE II

DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DEPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES REGIMES OBLIGATOIRES

Article 40

[Dotation de l'Assurance maladie au FMIS et de la CNSA aux ARS]

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 411 millions d'euros pour l'année 2027.

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 189 millions d'euros pour l'année 2027.

Exposé des motifs

Depuis sa création en 2021, le fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) 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 189 millions d'euros le montant de la contribution de la branche autonomie aux agences régionales de santé (ARS) 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 41

[Dotation aux opérateurs financés par le 6ème 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 214 millions d'euros pour l'année 2027.

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 349,05 millions d'euros pour l'année 2027.

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 56,18 millions d'euros pour l'année 2027.

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 145,14 millions d'euros pour l'année 2027.

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 70,45 millions d'euros pour l'année 2027.

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 76,20 millions d'euros pour l'année 2027.

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 129,40 millions d'euros pour l'année 2027.

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 55,68 millions d'euros pour l'année 2027.

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 19,25 millions d'euros pour l'année 2027.

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 12,24 millions d'euros pour l'année 2027.

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 42,76 millions d'euros pour l'année 2027.

XII. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie pour le financement des missions relatives au développement professionnel continu des professionnels de santé mentionnées aux articles L. 4021-6 et L. 4021-6-1 du code de la santé publique est fixé à un maximum de 230,53 millions d'euros pour l'année 2027.

XIII. – Les montants des dotations octroyées aux entités mentionnées aux I à XI du présent article peuvent, par arrêté des ministres chargés de la santé et de sécurité sociale, être complétés dans le respect d'un plafond global correspondant au montant du sixième sous-objectif de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article 43 ou ajustés pour tenir compte de l'existence d'un risque prévisible de dépassement dudit objectif national des dépenses d'assurance maladie, du niveau des dépenses contraintes constatées pour chacun de ces organismes en cours d'année ou des besoins liés à la gestion de crises.

Exposé des motifs

L'article 95 de la loi de financement de la sécurité sociale 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 2027.

Il permet également une modulation, à la hausse ou à la baisse, du niveau des dotations par voie réglementaire, afin : (i) de sécuriser juridiquement les arrêtés venant ajuster en année N+1 la part variable de la dotation de certains opérateurs, (ii) de tenir compte du relèvement éventuel du niveau de mise en réserve, ou de la restitution des montants associés, en cours d'exercice, (iii) de permettre l'engagement des dépenses de crise ou d'enveloppes d'intervention exceptionnelles.

Au global, l'enveloppe budgétaire consacrée aux opérateurs financés par le 6^{ème} sous-objectif de l'ONDAM est stable en valeur par rapport à l'an dernier. Alors que le soutien de l'assurance maladie à ces opérateurs doit permettre le financement de nouveaux projets stratégiques pour le système de santé dès 2027 (développement d'une solution souveraine par la plateforme des données de santé, financement des investissements liés à l'Ambition plasma par l'Etablissement français du sang qui bénéficie d'un relèvement de 16 millions d'euros de sa subvention ainsi que des recettes supplémentaires issues de la hausse du prix de cession des produits du sang pour 30 millions d'euros, lutte contre les pénuries de médicaments au sein de l'Agence nationale de sécurité du médicament etc.), cette construction budgétaire, ambitieuse, est rendue possible par des efforts d'efficience réalisés par les opérateurs pour auto-financer leurs besoins nouveaux et dégager des marges supplémentaires. Ainsi, les mesures d'économies documentées par les opérateurs (Centre national de gestion, ANAP, Agence de biomédecine notamment) contribuent à la soutenabilité budgétaire de l'ONDAM et au financement des opérateurs de son 6^{ème} sous-objectif. L'article maintient à ce stade une dotation à l'Agence nationale du développement professionnel continu, compte tenu de l'entrée en vigueur différée de sa suppression, le temps d'organiser les conditions matérielles et financières de ses missions vers la Haute autorité de santé et la Caisse des Dépôts et Consignation, au plus tard le 31 décembre 2027.

Article 42

[Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès]

Pour l'année 2027, l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès est fixé à 277,1 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'objectif de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) dont la progression est décrite à l'article suivant.

Article 43 [ONDAM et sous objectifs de l'ONDAM]

Pour l'année 2027, 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	118,3
Dépenses relatives aux établissements de santé	116,0
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	18,8
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	16,3
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et soutien à l'investissement	5,9
Autres prises en charge	3,4
Total	278,7

Exposé des motifs

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour 2027 est fixé à 278,7 milliards d'euros, soit une évolution de +2,0 % par rapport à 2026 à champ constant. Cette progression intègre notamment la poursuite de l'effort pour le développement de l'offre en ville via les maisons France santé et en faveur de l'autonomie, la stabilité en moyenne des tarifs hospitaliers et la mise en œuvre de moyens destinés à répondre aux besoins en soins des enfants, notamment les plus vulnérables.

Le respect de cet objectif repose sur les mesures de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude ainsi que sur de nouvelles mesures d'économies portées à 5,1 milliards d'euros comprenant notamment des mesures de baisses de prix et de bon usage des produits de santé, de diminution des dépenses d'indemnités journalières, d'économies sur les autres dépenses de soins de ville et de transfert de la dépense vers les organismes complémentaires, et des mesures destinées à renforcer l'efficience des soins dispensés en établissements de santé et médico-sociaux.

Article 44

[Dotations au FIVA et au FCAATA, transfert de la compensation de 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 325 millions d'euros pour l'année 2027.

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 453,3 millions d'euros pour l'année 2027.

III. – Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 2 milliards d'euros pour l'année 2027.

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 302,7 millions d'euros et 21,68 millions d'euros pour l'année 2027.

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 sous l'effet de la révision du barème d'indemnisation et du revirement de jurisprudence de la Cour de cassation concernant la nature de la rente AT/MP, il est anticipé en 2027 une stabilité du nombre de demandes d'indemnisation car la baisse tendancielle des demandes spontanées devrait être compensée par la mise en œuvre des démarches de lutte contre le non-recours en application du décret du 14 avril 2026 (dispositif d'aller-vers prévue par article 89 de la LFSS pour 2024). Les dépenses d'indemnisation prévisionnelles du FIVA s'élèveraient ainsi à 408 M€ en 2027. Compte tenu d'une dotation de fonctionnement de l'État maintenue à hauteur de 8 M€, des autres produits du fonds et du niveau prévisionnel de son fonds de roulement à la fin d'année 2026, il est proposé de fixer la dotation de la branche AT/MP à 325 M€ pour 2027.

Concernant le FCAATA, la hausse des dépenses du fonds observée depuis 2024 se poursuivrait en 2027 (2,8%), à un rythme moindre que l'année précédente (4,2%). En tenant compte de l'évolution de la pension moyenne, la prestation d'ACAATA brute moyenne serait en hausse de 2,2%, les effectifs quant à eux diminueraient faiblement (-0,4%). En parallèle, la compensation à la CNAV des départs dérogatoires à la retraite serait stable, tandis que la prise en charge de cotisations de retraite complémentaire augmenterait faiblement. Dans ce contexte, il est proposé de fixer la dotation 2027 de la branche AT/MP à hauteur de 453,3 millions d'euros afin d'assurer l'équilibre financier du fonds (déficitaire de 41M€ en 2026).

En outre, un transfert de la branche AT/MP vers la branche maladie est prévu à hauteur de 2 Md€, en raison de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles. L'ampleur de cette sous-déclaration fait l'objet d'un rapport par une commission présidée par un magistrat à la Cour des comptes qui a évalué en 2024 son montant, sur la base des données scientifiques et épidémiologiques les plus récentes, dans une fourchette comprise entre 2 Md€ et 3,8 Md€. La LFSS pour 2025 et la LFSS pour 2026 ont fixé le montant annuel du versement de branche AT/MP à la branche maladie à 1,6 Md€. Il est proposé pour le PLFSS pour 2027, de fixer le montant du transfert au niveau de la fourchette basse de l'estimation de la commission, soit 2 Md€. La prochaine commission se réunira au premier semestre 2027 et procédera à une nouvelle estimation du coût de la sous-déclaration. Elle rendra son rapport au Parlement et au Gouvernement avant le 1^{er} juillet 2027.

Enfin, en application de l'ordonnance 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 loi de financement de la sécurité sociale 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 302,7 millions d'euros en 2027 : 175,5 millions d'euros au titre du dispositif de retraite anticipée pour incapacité permanente, 127,2 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 21,68 millions d'euros en 2027, correspondant à 19,94 millions d'euros au titre de la retraite anticipée pour incapacité permanente et à 1,7 millions d'euros au titre du compte professionnel de prévention.

Article 45

[Objectif de dépenses de la branche ATMP]

Pour l'année 2027, l'objectif de dépenses de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles est fixé à 19,5 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 19,5 milliards d'euros, soit une hausse de 1,3 milliard d'euros par rapport à 2026. Ces dépenses sont tirées principalement par les dépenses d'indemnités journalières (+10,6 % en 2027 soit +0,7 Md€). Par ailleurs, le transfert de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail progressera de +0,4 Md€ en 2027. Enfin, les prestations d'incapacité permanente progresseront de +4,7 % (+0,2 Md€) en raison de la montée en charge de la mesure de la LFSS pour 2025 visant à améliorer l'indemnisation de l'incapacité permanente en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Ces dépenses nouvelles seront en partie compensées en recettes par l'évolution des règles de calcul des cotisations d'une part (0,3 Md€) et la fiscalisation des indemnités journalières pour AT/MP, dont le produit sera affecté à la branche, d'autre part (0,3 Md€), mesures concertées auprès des partenaires sociaux.

Article 46

[Objectif de dépenses de la branche vieillesse]

Pour l'année 2027, l'objectif de dépenses de la branche vieillesse est fixé à 316,2 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 1,8 % entre 2026 et 2027, freinées par la mesure de revalorisation différenciée des pensions de retraite portée par le présent projet de loi.

Article 47
[Objectif de dépenses de la branche famille]

Pour l'année 2027, l'objectif de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale est fixé à 60,2 milliards d'euros.

Exposé des motifs

Les dépenses de la branche famille augmentent de 1,8 % entre 2026 et 2027, modérées notamment par la baisse de la natalité, les mesures nouvelles relatives à la branche (mesures d'économies et de transferts) jouant pour environ 500 millions d'euros à la hausse.

Article 48
[Objectif de dépenses de la branche autonomie]

Pour l'année 2027, l'objectif de dépenses de la branche autonomie de la sécurité sociale est fixé à 44,4 milliards d'euros.

Exposé des motifs

L'objectif de dépenses pour 2027 de la branche autonomie est fixé à 44,4 milliards d'euros, en augmentation de 2,5 % par rapport à 2026. Cette croissance reflète en premier lieu celle de l'objectif global de dépenses (OGD) (+2,8 %). Les financements directs de la CNSA aux départements progresseraient de +0,6 % en 2027 (après +2,6 % en 2026). Cette évolution reflète, d'une part, l'effet du recentrage du barème de l'allocation personnalisée d'autonomie sur les bénéficiaires les plus modestes et les restes à charge les plus lourds, qui doit permettre de réduire de 0,25 milliard d'euros les dépenses départementales au titre de cette prestation en 2027 et de 0,1 milliard d'euros les concours de la branche à taux de compensation constant. Les départements bénéficieront par ailleurs, à compter de 2027, de l'affectation directe de 0,3 Md€ de CSG assise sur les revenus du capital pour le financement de dépenses liées au handicap et à l'autonomie.

ANNEXE

RAPPORT DÉCRIVANT LES PRÉVISIONS DE RECETTES ET LES OBJECTIFS DE DÉPENSES PAR BRANCHE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE AINSI QUE L'OBJECTIF NATIONAL DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE POUR LES ANNÉES 2027 À 2030

En 2026, le déficit des régimes obligatoires de base de sécurité sociale devrait se stabiliser à un niveau proche de celui de 2025 (21,8 milliards d'euros selon les prévisions actualisées figurant dans la présente loi contre 21,6 milliards d'euros en 2025, y compris l'excédent du fonds de solidarité vieillesse). La croissance des dépenses (+2,6%) serait inférieure à celle de l'année précédente en raison notamment du ralentissement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), qui évoluerait de 2,8 % grâce à la hausse des plafonds des participations forfaitaires et franchises et l'annulation des dotations mises en réserve, et, s'agissant des autres dépenses, des effets de la moindre inflation de 2025 sur les revalorisations légales des prestations sociales, principalement les pensions de retraite, revalorisées de 0,9 % au 1^{er} janvier 2026. Les recettes devraient connaître une croissance équivalente à celle de l'année précédente (+2,6%), leur dynamique ayant été préservée de l'impact que les hausses du SMIC auraient spontanément pu avoir sur le coût des allègements généraux de cotisations patronales par la décision d'un gel du barème de la réduction générale dégressive unique.

I. – La loi de financement de la sécurité sociale pour 2027 s'inscrit dans un contexte macroéconomique de faible croissance et d'inflation relativement soutenue

L'hypothèse de croissance du produit intérieur brut (PIB) en volume retenue pour 2027 est de 1,0 %, après une évolution de 0,5 % en 2026. À moyen terme, la croissance du PIB en volume atteindrait 1,2 % par an en 2030. Le PIB en valeur évoluerait quant à lui de 2,7 % en 2027, 2,8 % en 2028 et 2029 et 2,9 % en 2030, après 2,0 % en 2026. L'inflation devrait être soutenue en 2026 (2,1 % au sens de l'indice des prix à la consommation hors tabac) avant de ralentir en 2027 (1,7 %) et se stabiliser à 1,75 % à compter de 2028. La masse salariale du secteur privé, qui devrait progresser de 1,6 % en 2026, croîtrait de 2,4 % en 2027, puis continuerait d'accélérer pour atteindre un rythme annuel de 3,1 % en 2030.

Le tableau ci-dessous détaille les principales hypothèses d'évolution retenues pour l'élaboration des prévisions de recettes et des objectifs de dépenses décrits dans la présente annexe :

	2025	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)	2029 (p)	2030 (p)
PIB en volume	0,9 %	0,5 %	1,0 %	1,1 %	1,1 %	1,2 %
PIB en valeur	2,0 %	2,0 %	2,7 %	2,8 %	2,8 %	2,9 %
Masse salariale du secteur privé *	1,8 %	1,6 %	2,4 %	3,1 %	3,3 %	3,1 %
Inflation hors tabac	0,9 %	2,1 %	1,7 %	1,75 %	1,75 %	1,75 %

** Masse salariale du secteur privé hors prime exceptionnelle de pouvoir d'achat et prime de partage de la valeur ajoutée.*

II. – Les mesures de la loi de financement conduiront à réduire fortement les déficits des régimes de base

A. Situation globale des régimes de base

En 2027, le solde des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (ROBSS) devrait atteindre - 12,7 milliards d'euros, soit une amélioration de 9,1 milliards d'euros par rapport à 2026. Cette résorption du déficit trouve son origine dans les mesures de la présente loi. En effet, malgré la dynamique de la masse salariale (+ 2,4 % en 2027 après + 1,6 % en 2026), couplée au repli spontané du coût des allègements généraux dans un contexte de décompression des salaires, un à-coup positif en 2027 sur le montant des cotisations acquittées par les travailleurs non-salariés, la réforme de leur assiette ayant, pour des raisons de transition vers le nouveau système, grevé le solde en 2026, et une nouvelle hausse du taux de cotisations dues par les employeurs territoriaux et hospitaliers, la dynamique des dépenses aurait été, en l'absence de mesures de redressement, supérieure à celle des recettes (respectivement + 3,4 % et +3,2 %). Ce rythme soutenu d'évolution tendancielle des dépenses s'explique par l'effet différé en 2027 du regain d'inflation en 2026 et par des dépenses relevant du champ de l'ONDAM tendanciellement dynamiques (+ 3,4%).

La résorption du déficit tient aux mesures adoptées, en particulier celles sur les dépenses, qui représentent un rendement d'environ 9 milliards d'euros. Ces mesures sont détaillées ci-après ; elles consistent essentiellement en 3 milliards d'euros (après prise en compte des effets de répercussion sur la CSG remplacement) de ralentissement des dépenses de pensions de retraite en l'absence de revalorisation par voie réglementaire des pensions dont le montant cumulé pour les intéressés dépasse 1 260 euros par mois, en 1,6 milliard d'euros d'économies concernant les dépenses de la branche famille et en près de 4,0 milliards d'euros d'économies pour les dépenses relevant du champ de l'ONDAM.

	2025	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)	2029 (p)	2030 (p)
Revalorisations des pensions de retraite, en moyenne annuelle*	2,2 %	0,9 %	0,2%	2,0 %	1,7 %	1,8 %
Revalorisations des prestations revalorisées au 1 ^{er} avril, en moyenne annuelle**	2,4 %	1,0 %	0,2 %	1,3 %	1,75 %	1,75 %
ONDAM***	3,4 %	2,8 %	2,0 %	2,9 %	2,9 %	2,9 %

* Évolutions en moyenne annuelle incluant, pour l'année 2027, les effets de la mesure d'indexation partielle des pensions de retraites de base prévue par la présente loi. Le tableau présente la moyenne des taux de revalorisation pondérée par les niveaux de pension. A compter de 2028 est retenue une revalorisation pour l'ensemble des pensions selon les règles de revalorisation actuellement en vigueur.

** Évolutions en moyenne annuelle incluant, pour l'année 2027, les effets de la mesure de stabilisation du barème des prestations familiales au 1^{er} avril 2027. A compter de 2028, est retenue une revalorisation des prestations familiales selon les règles de revalorisation actuellement en vigueur.

**** Le taux d'évolution de l'ONDAM pour les années 2028, 2029 et 2030 est ici fixé à un niveau égal à celui des dernières années couvertes par la dernière loi de programmation des finances publiques.*

L'ONDAM est fixé en hausse de 2,0% en 2027. L'évolution tendancielle des dépenses qui en relèvent (3,4%), qui tient compte de déterminants démographiques, épidémiologiques, de l'inflation et des progrès techniques, sera modérée notamment par plusieurs mesures réglementaires prises en 2026 et montant en charge en 2027, en particulier des hausses de tickets modérateurs dont l'effet sera d'1,2 milliard d'euros, la fin de la prise en compte des arrêts de travail de longue durée ne relevant pas d'affections de longue durée (ALD) comme motif de prise en charge des transports sanitaires, pour un rendement de 0,1 milliard d'euros en 2027, la réduction à douze mois de la durée de prescription de ces mêmes arrêts de travail de longue durée, pour un rendement de 0,1 milliard d'euros en 2027, et la baisse à 1,8 SMIC du plafond des revenus pris en compte pour le calcul des indemnités journalières d'accidents du travail et maladies professionnelles, pour un rendement de 0,2 milliard d'euros.

Des mesures d'économies supplémentaires, pour 5,1 milliards d'euros, devraient venir gager les mesures nouvelles en dépenses (1,2 milliard d'euros) et abaisseraient ainsi l'évolution des dépenses de 3,9 milliards d'euros au total par rapport au tendanciel. Des mesures d'économies sur les produits de santé devraient rapporter 2,1 milliard d'euros; les dépenses d'indemnités journalières d'assurance maladie devraient diminuer de 1 milliard d'euros ; 0,7 milliard d'euros devraient provenir de baisses de taux de remboursement et de transferts vers les assurances maladie complémentaires ; 0,9 milliard d'euros devraient résulter des efforts d'efficience dans les établissements sanitaires et médico-sociaux et 0,3 milliard d'euros d'économies sur des dépenses de soins de ville. Les dotations au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) et au fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) seront par ailleurs réduites de 0,2 milliard d'euros par rapport à 2026.

Les mesures nouvelles portant sur les recettes, avant transferts entre l'Etat et la sécurité sociale, devraient avoir un rendement de plus de 6 milliards d'euros, en sus de la reprise en base des mesures engagées en cours d'année 2026 pour un peu moins de 3 milliards d'euros. Les principales mesures en recettes passent par la rationalisation des modalités de prise en compte des rémunérations attribuées dans le cadre du partage de la valeur en entreprise dans le calcul des allègements généraux pour un rendement de 3,7 milliards d'euros nets, la reconduction d'une contribution des organismes complémentaires santé en 2027 de 1,1 milliard d'euros, une hausse de 3 points du taux de CSG appliquée sur les indemnités journalières maladie pour un rendement de 0,4 milliard d'euros, l'instauration de deux contributions sur les produits transformés sucrés ou contenant des édulcorants, pour un rendement de 0,3 milliard d'euros, l'unification du régime social applicable aux indemnités de rupture, pour un rendement de 0,3 milliard d'euros, et une réforme de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles, pour un rendement de 0,3 milliard d'euros.

Sera de plus affecté à la sécurité sociale le rendement de la fiscalisation à 50 % des indemnités journalières (IJ) versées en cas de maladie au titre d'ALD et en totalité (au lieu de 50 % aujourd'hui) pour celles attribuées en cas d'accidents du travail ou des maladies professionnelles, pour un montant total de 1,0 milliard d'euros en 2027. Inversement, la fraction de TVA affectée à la sécurité sociale au titre de la compensation du coût des allègements généraux sera minorée à concurrence de l'économie, par rapport à ce qui aurait pu résulter spontanément des effets des hausses du SMIC, tirée du gel du barème de la réduction générale, soit 5,6 milliards d'euros. La sécurité sociale rétrocèdera également l'équivalent du rendement prévu de la mesure de fiscalisation à 100 % de l'ensemble des IJ ALD qui lui avait été affecté sous forme de TVA en 2026, la mesure présentée dans le projet de loi de finances pour 2026 n'ayant finalement pas été adoptée.

Entre 2028 et 2030, le déficit se creuserait de nouveau progressivement. Malgré la dernière hausse programmée du taux de cotisations des employeurs à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), soit un surcroît de recettes de 1,8 milliard d'euros, et un rendement de la réforme des retraites de 2023, net de l'effet de la suspension décidée en LFSS pour 2026, de 1,9 milliard d'euros en 2028 (après 0,8 milliard en 2027, en tenant compte de la rétrocession à la sécurité sociale des économies générées pour le régime de retraites des fonctionnaires d'Etat), la dégradation serait plus marquée en 2028 avec un solde des régimes obligatoires de base de sécurité sociale attendu à -14,4 milliards d'euros, soit une dégradation de 1,7 milliard d'euros, en raison notamment du caractère non pérenne de la reconduction de la participation des organismes complémentaires santé reconduite seulement pour 2027.

La dégradation du déficit serait ensuite progressive et contenue sous l'effet d'une progression de l'ONDAM retenue à 2,9 % par an, soit le taux figurant pour les dernières années dans la loi de programmation des finances publiques actuellement en vigueur, de la poursuite de la montée en charge des effets de la réforme des retraites de 2023, nets de l'effet de la suspension décidée en LFSS 2026 (+2,8 milliards d'euros en 2029 puis 3,7 milliards d'euros en 2030, y compris la rétrocession des économies générées pour le régime de retraites des fonctionnaires d'Etat) et de ceux des mesures de la LFSS pour 2026 (décalage de 14 à 18 ans de la majoration pour âge des allocations familiales et réforme du cumul emploi-retraite). Dans ces conditions, le déficit des régimes de base de sécurité sociale atteindrait 17,0 milliards d'euros à l'horizon 2030.

B. Situation par branche

En 2027, le déficit de la branche maladie, maternité, invalidité et décès devrait fortement se réduire, s'établissant à 7,8 milliards d'euros (après 15,9 milliards d'euros en 2025 et 12,5 milliards d'euros en 2026), sous l'effet principal des mesures d'économies portant sur l'ONDAM (3,9 milliards d'euros d'économies nettes des mesures nouvelles en dépenses, dont 4,0 milliards d'euros d'économies nettes pour la branche maladie et 0,2 milliard de dépenses nouvelles nettes pour la branche autonomie), de la reconduction de la contribution des organismes complémentaires pour 1,1 milliard d'euros et de la contribution sur les produits transformés sucrés (0,3 milliard d'euros). La trajectoire tient également compte de la prise en charge intégrale par la branche famille à compter de 2027 des indemnités journalières au titre de la maternité pour un gain de 1,3 milliard pour la branche maladie, la branche famille finançant déjà les indemnités journalières pour la période post-natale ainsi que celles au titre du nouveau congé de naissance et du congé paternité.

À l'horizon 2030, le déficit de la branche se résorberait encore progressivement pour atteindre 6,3 milliards d'euros sous l'effet de l'hypothèse d'une affectation à la branche maladie d'une fraction croissante de CSG aujourd'hui attribuée à la branche famille.

La branche autonomie devrait être légèrement déficitaire en 2027, présentant un déficit de 0,2 milliard d'euros après un déficit de 0,3 milliard d'euros en 2026. La trajectoire financière de la branche autonomie repose sur une progression de ses dépenses de 2,5 % en 2027, dont 2,6 % à champ constant pour la part relevant de « l'objectif global de dépenses » (OGD) de l'ONDAM (dont 3,3 % dans le champ des personnes âgées et 1,9 % dans le champ du handicap). S'agissant des dépenses hors du champ de l'OGD, d'un montant de 9,3 milliards d'euros, celles-ci devraient progresser de 1,6 % par rapport à l'année précédente. A compter de 2027, une partie des recettes de CSG de la branche sera versée de façon directe aux départements pour un montant de 0,3 milliard d'euros, les dépenses de la branche au titre des concours versés à ces collectivités pour financer les prestations liées au handicap et à l'autonomie étant diminuées d'autant. La trajectoire retient également une réduction de 0,1 milliard d'euros des concours attribués sur le champ des personnes âgées pour tenir compte de la réforme de l'allocation personnalisée d'autonomie, qui doit réduire de 250 millions d'euros en 2027 les dépenses des départements au titre de cette prestation. Les concours versés par la branche aux départements atteindraient ainsi 6,0 milliards d'euros en 2027 soit une stabilité par rapport à 2026. L'expérimentation de la fusion des sections soins et dépendance des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sera par ailleurs prolongée en 2027.

Le déficit de la branche autonomie augmenterait en 2028, son solde atteignant - 0,7 milliard d'euros et se dégraderait ensuite progressivement pour atteindre - 1,6 milliard à l'horizon 2030. Cette situation reflète notamment le dynamisme des dépenses relevant de l'OGD, qui évolueraient chaque année à partir de 2028 de + 3,7 %, conformément aux taux qui figurent pour la dernière année couverte par la loi de programmation des finances publiques (LFPF) actuellement en vigueur. Le dynamisme prévisionnel des dépenses est la conséquence du vieillissement démographique et de la hausse des besoins de prise en charge qu'il engendre.

Le déficit de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) devrait s'établir à 1,5 milliard d'euros en 2027, un niveau proche de celui attendu en 2026 (1,3 milliard d'euros). La branche pâtirait du dynamisme de celles de ses prestations relevant du champ de l'ONDAM, notamment des indemnités journalières, qui enregistrent une croissance de plus de 10 % en moyenne depuis 2024. Par ailleurs, le transfert à la CNAM au titre de la sous déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles s'établira à 2,0 milliards en 2027 (après 1,6 milliard en 2025 et 2026). La mesure réglementaire prise en 2026, de hausse à 1,8 SMIC du plafond du revenu de référence pour le calcul des indemnités journalières d'accidents du travail et maladies professionnelles diminuera les dépenses de 0,2 milliard d'euros en 2027. Deux mesures de la présente loi amélioreront toutefois son solde, chacune pour 0,3 milliard d'euros : la réforme de la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles pour les entreprises et une hausse supplémentaire des taux de cotisations en contrepartie d'une baisse des cotisations d'assurance maladie, pour affecter à la branche le rendement de la mesure de fiscalisation des indemnités journalières versées au titre d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. En effet, la fraction de TVA affectée par le projet de loi de finances et qui est majorée du rendement de cette mesure est affectée à la CNAM, et c'est en réduisant les cotisations de cette dernière à due concurrence de la hausse des cotisations AT-MP que ce transfert est opéré.

Le solde de la branche s'améliorerait ensuite légèrement pour atteindre - 1,1 milliard à l'horizon 2030 sous l'hypothèse d'une progression des indemnités journalières versées au titre

d'accidents du travail ou de maladies professionnelles au même rythme que l'ONDAM et d'une stabilité du montant du transfert au titre de la sous-déclaration des AT-MP.

En 2027, la branche vieillesse devrait voir son déficit se réduire fortement, pour atteindre 4,8 milliards d'euros après 8,0 milliards d'euros en 2026. La rapide amélioration du solde est la conséquence de la limitation de la revalorisation de janvier aux pensions inférieures à 1 260 euros, les pensions supérieures à ce seuil voyant leur revalorisation renvoyée à une décision ultérieure du Gouvernement. Si aucune revalorisation des pensions au-dessus du seuil n'était décidée, le solde des régimes obligatoires de base de retraite devrait s'améliorer de 3,2 milliards d'euros en 2027 après prise en compte des mécanismes de compensation, notamment celui relatif à la fonction publique d'Etat. La prise en charge par la CNAF des majorations de pensions pour enfants versées par la CNRACL améliorera le solde de la branche retraite de 0,8 milliard d'euros à partir de 2027. Il est rappelé à cet égard que la réforme des majorations de pensions de retraite accordées aux parents de trois enfants et plus sera globalement à coût nul, et donc sans effet sur le solde de la branche vieillesse. Par ailleurs, la trajectoire tient compte de la montée en charge des mesures des précédentes LFSS, notamment celles de la loi du 14 avril 2023 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2023 qui prévoit 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. La LFSS pour 2026 a suspendu la réforme de 2023 en décalant sa montée en charge d'une génération. La réforme de 2023 et sa suspension conduiront au total à une amélioration du solde des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale de 0,8 milliard d'euros en 2027, la suspension réduisant de 1,0 milliard le rendement initialement attendu de 1,8 milliard d'euros (y compris rétrocession des économies concernant la fonction publique d'Etat). Les LFSS antérieures comportaient d'autres mesures qui continuent de monter en charge : les hausses des taux des cotisations d'assurance vieillesse dues par les employeurs privés et par les employeurs territoriaux et hospitaliers à la CNRACL pour 1,8 milliard d'euros en 2027, la réforme du dispositif de cumul emploi-retraite, représentant une économie de 0,2 milliard d'euros en 2027, 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 à compter de 2027.

A partir de 2028, le solde de la branche vieillesse se dégraderait de nouveau rapidement, notamment en raison d'un retour de la revalorisation des pensions au même rythme que l'inflation, et ce malgré la dernière hausse, en 2028, de taux de cotisations des employeurs territoriaux et hospitaliers à la CNRACL (+1,8 milliard d'euros), la poursuite de la montée en charge de la réforme du dispositif de cumul emploi retraite (soit une économie de ,5 milliard d'euros en 2028 et jusqu'à 1,1 milliard d'euros en 2030) et un fort rendement attendu de la réforme des retraites de 2023, soit 1,9 milliard d'euros d'économies nettes de l'effet de la suspension de la réforme en 2028 et 3,7 milliards d'euros à l'horizon 2030 (y compris là encore la rétrocession des économies concernant la fonction publique d'Etat). Le déficit de la branche atteindrait ainsi 6,2 milliards d'euros en 2028 ; à l'horizon 2030, le déficit de la branche avoisinerait 10 milliards d'euros.

Le solde de la branche famille devrait être excédentaire de 1,6 milliard d'euros en 2027, à un niveau nettement supérieur à celui de l'année précédente (0,3 milliard d'euros). La trajectoire financière de la branche famille tient notamment compte, pour 2027, de l'effet du maintien des prestations familiales à leur niveau de 2026, pour un rendement attendu de 0,5 milliard d'euros, auquel s'ajoutent une économie d'un montant équivalent via un ralentissement des dépenses du fonds national d'action sociale et une réduction de 0,6 milliard de la dépense au titre de l'allocation de rentrée scolaire, soit 1,6 milliard d'économie au total sur les prestations familiales, légales et extralégales. En sens inverse, sont prévus des transferts conduisant à augmenter les dépenses à la charge de la branche ; il est ainsi prévu, à partir de 2027, la prise en charge par la CNAF des droits familiaux de la CNRACL pour un coût de 0,8 milliard d'euros, ainsi que la prise en charge de l'intégralité des indemnités journalières au titre de la maternité pour un coût supplémentaire de 1,3 milliard d'euros. Par ailleurs, la trajectoire tient compte de la montée en charge de mesures récentes, notamment le décalage de 14 à 18 ans de la majoration pour âge des allocations familiales, soit une économie de 0,6 milliard d'euros en 2027, allant croissante jusqu'en 2029, ainsi que de la montée en charge du congé supplémentaire de naissance mis en œuvre à partir de 2026 et dont la montée en charge représente un coût supplémentaire de 0,1 milliard d'euros pour chacune des années 2027 à 2029.

En outre, la trajectoire présentée dans cette annexe est basée sur une réaffectation à la branche maladie, à compter de 2028 et pour des montants croissants, d'une part de CSG affectée jusqu'ici à la branche famille. Cette réaffectation conduirait à un maintien de l'excédent de la branche famille sur la période considérée, contrebalançant ainsi l'hétérogénéité d'évolution du solde des différentes branches en raison du dynamisme propre de leurs dépenses et de leurs recettes respectives, le résultat de la branche famille bénéficiant pour sa part du ralentissement de ses dépenses dans un contexte de faible natalité.

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

	<i>(en milliards d'euros)</i>					
	2025	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)	2029 (p)	2030 (p)
Maladie						
Recettes	246,7	258,5	269,3	277,0	285,8	294,2
Dépenses	262,6	271,0	277,1	284,8	293,0	300,5
Solde	-15,9	-12,5	-7,8	-7,8	-7,2	-6,3
Accidents du travail et maladies professionnelles						
Recettes	17,2	16,8	18,0	18,5	19,0	19,5
Dépenses	17,4	18,1	19,5	19,9	20,3	20,7
Solde	-0,2	-1,3	-1,5	-1,4	-1,3	-1,1
Famille						
Recettes	59,7	59,4	61,8	62,0	62,5	63,2
Dépenses	58,5	59,1	60,2	60,4	60,9	61,6
Solde	1,2	0,3	1,6	1,6	1,6	1,6
Vieillesse						
Recettes	297,0	302,5	311,4	320,0	327,5	335,6
Dépenses	304,2	310,5	316,2	326,2	335,3	345,2
Solde	-7,1	-8,0	-4,8	-6,2	-7,8	-9,6
Autonomie						
Recettes	41,9	43,0	44,2	45,4	46,7	48,1

Dépenses	41,8	43,3	44,4	46,1	47,8	49,6
Solde	0,1	-0,3	-0,2	-0,7	-1,1	-1,6
Régimes obligatoires de base de sécurité sociale consolidés						
Recettes	643,8	661,3	683,7	701,9	720,0	738,7
Dépenses	665,7	683,1	696,4	716,2	735,8	755,7
Solde	-22,0	-21,8	-12,7	-14,4	-15,8	-17,0

Recettes, dépenses et soldes du Fonds de solidarité vieillesse

(en milliards d'euros)

	2025	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)	2029 (p)	2030 (p)
Recettes	21,8					
Dépenses	21,4					
Solde	0,4					

Recettes, dépenses et soldes des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse

(en milliards d'euros)

	2025	2026 (p)	2027 (p)	2028 (p)	2029 (p)	2030 (p)
Recettes	644,5	661,3	683,7	701,9	720,0	738,7
Dépenses	666,0	683,1	696,4	716,2	735,8	755,7
Solde	-21,6	-21,8	-12,7	-14,4	-15,8	-17,0

III. – 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 obligatoires 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 pour les années 2023 à 2027 et celles décrites dans la présente annexe sont retracés dans le tableau suivant :

Révisions des dépenses sur le champ des régimes obligatoires de base et du FSV

(en milliards d'euros)

	2023	2024	2025	2026 (p)	2027 (p)
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	666,0	683,1	696,4
Écarts (2)-(1)	-0,1	1,3	0,8	-2,7	-9,0

* Au sens du I. de son article 18

En 2026, l'écart de -2,7 milliards d'euros entre les dépenses présentées en LPFP et dans le présent rapport reflète deux effets contraires : des dépenses dans le champ de l'ONDAM plus élevées que prévu initialement mais des dépenses de prestations vieillesse et familles bien en-deçà. Les dépenses relevant de l'ONDAM seraient bien supérieures à la trajectoire de la LPFP malgré un taux d'évolution de l'ONDAM pour 2026 de 2,8%, soit une croissance légèrement inférieure à celle prévue par la LPFP (2,9%). Toutefois le taux d'évolution de l'ONDAM rectifié dans la présente loi repose sur une croissance des recettes atténuatives de près de 10 %, et donc une croissance des dépenses hors recettes atténuatives bien plus élevée que le taux de 2,8 %. Au total, l'ONDAM est supérieur de l'ordre de 4,6 milliards d'euros à la cible sous-jacente à la LPFP. En revanche, le ralentissement de l'inflation observé en 2024 et 2025 (+1,8 % observé en 2024 contre +2,5 % prévus en LPFP ; +0,9 % en 2025 contre 2,0 % prévus en LPFP, soit en cumul une révision de -1,8% de l'inflation sur ces deux années) a conduit à réduire fortement, d'un peu plus de 4 milliards d'euros en 2026 par rapport à la LPFP, le niveau des dépenses *via* une revalorisation légale moindre des prestations. À cet effet s'ajoute une croissance des prestations en volume de la branche famille revue à la baisse en raison de moindres naissances.

En 2027, s'ajouteront à ces effets l'impact de la mesure de revalorisation différenciée des prestations vieillesse, réduisant les dépenses de 4,5 milliards d'euros supplémentaires (y compris mécanismes d'équilibrage, et hors moindres recettes de compensation par l'Etat des dépenses de pensions de la fonction publique d'Etat) et, plus largement, l'ensemble des mesures de maîtrise des dépenses portées par la présente loi, dont les économies de 1,6 milliard d'euros sur les prestations familiales et les conséquences sur les dépenses d'un ONDAM fixé en évolution à 2,0 % (contre 2,9% en LPFP). En sens inverse, la montée en charge de la suspension de la réforme des retraites décidée en LFSS pour 2026 vient modérer les effets des mesures nouvelles inscrites dans la présente loi en contribuant à augmenter les prestations vieillesse de 1,0 milliard d'euros. Les révisions des volumes de prestations expliquent le reste des écarts présentés dans le tableau précédent.

En cumul, les écarts entre les prévisions de dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale inscrites dans la LPFP et celles décrites dans la présente annexe s'élèvent à 0,6 milliard d'euros de dépenses en moins en 2026. Cet écart devrait se creuser nettement en 2027 avec un écart cumulé de - 9,6 milliards d'euros.