



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

Adopté au Sénat le 26 novembre 2025

### Calendrier du PLFSS

- Mardi 14 octobre : présentation du texte en conseil des ministres.
- Mardi 14 octobre : dépôt du texte à l'Assemblée nationale.
- Jeudi 23 octobre : dépôt d'une lettre rectificative.
- Mardi 21 octobre : début de l'examen du texte à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.
- Mardi 4 novembre : début de l'examen du texte en séance publique à l'Assemblée nationale.
- Mercredi 19 novembre : début de l'examen en séance publique au Sénat.
- Mercredi 26 novembre : convocation de la commission mixte paritaire et nouvelle lecture à l'Assemblée nationale.
- Mardi 9 décembre : vote solennel à l'Assemblée nationale.

### Présentation du texte adopté au Sénat

#### Retraites

- Réintroduction de la réforme des retraites
- Réintroduction du gel des prestations sociales dont pensions de retraite, mais sont exclues celles dont le montant est inférieur à 1400 euros

#### Recettes

- Réintroduction de la taxe pesant sur les complémentaires santé
- Suppression de la hausse sur la CSG sur le capital
- Augmentation du temps de travail annuel

#### Produits de santé

- Augmentation des taux de base et différencié sur la contribution supplémentaire
- Entrée en vigueur reportée à 2026 de la réforme sur la clause de sauvegarde et des modifications sur les contributions
- Nouvelle taxe sur les industries retardant l'entrée sur le marché des génériques de leur spécialité
- Réforme des accès dérogatoires abandonnée

Sont surlignées en vert les mesures prévues en application de ce PLFSS et qui nécessiteront l'adoption de textes réglementaires ou d'ordonnances. Sont surlignées en jaune les modifications apportées par Sénat. Les suppressions sont surlignées et barrées.

## PARTIE LIMINAIRE : PRÉVISIONS DE DÉPENSES, RECETTES ET SOLDES DES ADMINISTRATIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE

### **Article liminaire : Prévisions des dépenses, des recettes et des soldes des administrations de sécurité sociale pour les années 2025 et 2026 (en points de PIB)**

- Recettes pour l'année 2025 : 26,7%
- Dépenses pour l'année 2025 : 26,9%
- Solde pour l'année 2025 : -0,3%
- Recettes pour l'année 2026 : 26,8%
- Dépenses pour l'année 2026 : 26,6%
- Solde pour l'année 2026 : 0,2%

## PREMIÈRE PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2025

### **Article 1<sup>er</sup> : Rectification des tableaux d'équilibre**

- Équilibre des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : déficit de 23,5 milliards d'euros, 23 milliards d'euros en comprenant le fonds de solidarité vieillesse.
- Fonds de solidarité vieillesse : excédent de 0,5 milliard d'euros.
- Les prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites et Fonds de solidarité vieillesse sont nulles.
- L'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale : 16,2 milliards d'euros.

### **Article 2 : Maintien de l'Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) et rectification des sous-ONDAM**

- Conservation du montant de l'ONDAM 2025 à 265,9 milliards d'euros. Rectification des sous-objectifs.

### **Article 3 : Réduction de la contribution de l'assurance maladie au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé**

- Diminution de 60 millions d'euros par rapport à son montant initial (de 523 millions à 463 millions).

### **Article 3 bis : Déduction au sein de l'assiette sociale des non-salariés agricoles de la provision pour augmentation de la valeur des stocks de vaches laitières et allaitantes pour la campagne de revenus de l'année 2025**

## DEUXIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR L'EXERCICE 2026

### TITRE 1<sup>ER</sup> : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES, AU RECOUVREMENT ET À LA TRÉSORERIE

#### **Article 4 : Renforcement des pouvoirs des organismes de recouvrement des cotisations et contributions sociales**

- Suppression de l'obligation d'inscription dans un registre public par les organismes de sécurité sociale de leurs créances afin de conserver leur privilège de recouvrement sur celles-ci.
- Allongement du délai d'établissement définitif des créances sociales issues d'un contrôle (alignement aux dispositions prévues dans le cas des créances fiscales).
- Autorisation pour trois ans de délégation de signature par les directeurs d'organismes de sécurité sociale en faveur des présidents des commissions des chefs des services financiers (CCSF).
- Alignement du régime des remises de cotisations des non-salariés agricoles sur le droit commun de la sécurité sociale.
- **Garantie de la communication des priviléges de la sécurité sociale aux tribunaux de commerce (quand le montant dépasse un seuil défini par décret).**

#### **Article 4 bis A : Création d'une obligation de déclaration à la charge des entreprises dont il existe des indices qu'elles pourraient être éphémères**

#### **Article 4 bis B : Extension du rôle de l'Urssaf de validation des immatriculations au sein du guichet unique des entreprises (GUE) concernant les marins exerçant une activité libérale non-réglementée, les artistes-auteurs, les professionnels libéraux et les praticiens et auxiliaires médicaux**

#### **Article 4 bis C : Possibilité pour les employeurs et indépendants ultramarins de conclure avec les organismes de recouvrement des plans d'apurement de leurs dettes de cotisations et contributions sociales**

#### **Article 4 bis : Report de la généralisation du dispositif d'avance immédiate de crédit d'impôt (AICI) pour les services à la personne**

- Report d'un an (1<sup>er</sup> septembre 2027 au lieu du 1<sup>er</sup> juillet 2026) de l'extension du dispositif d'AICI pour la garde d'enfants de moins de 6 ans en raison du risque de fraude.

#### **Article 5 : Simplification de la protection sociale des artistes-auteurs**

- Finalisation du transfert à l'URSSAF du Limousin des missions de gestion (affiliation, recouvrement, action sociale) au profit des artistes-auteurs, l'URSSAF du Limousin devenant ainsi leur interlocuteur unique en matière de protection sociale.
- Création d'une commission professionnelle en cas de refus d'affiliation d'un artiste-auteur par l'URSSAF.
- **Transfert à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (Acoss) des contentieux relatifs au recouvrement ou au non-recouvrement des cotisations antérieures à 2019.**

**Article 5 bis : Affiliation du bailleur à métayage au régime agricole uniquement quand il participe effectivement à l'activité ou la direction de l'exploitation ou quand le contrat prévoit le partage des dépenses d'exploitation entre le preneur**

**Article 5 ter : Exonération partielle de cotisations sociales pour encourager les collaborateurs du chef d'exploitation à devenir chef d'entreprise agricole**

**Article 5 quater : Obligation de négociations sur le maintien de l'emploi des seniors pour les entreprises de 300 salariés et plus**

▪ Obligation d'accord collectif sur l'emploi des salariés expérimentés ou d'élaboration d'un plan d'action favorisant leur emploi, sinon un malus déterminé par voie réglementaire sur les cotisations patronales vieillesse.

**Article 6 : Maintien des seuils de revenus pris en compte pour le calcul de la Contribution Sociale Généralisée (CSG)**

▪ Maintien pour l'année 2026 à leur niveau de 2025 les seuils de revenus, déterminés en fonction du revenu fiscal de référence du foyer, conditionnant l'application des taux réduits ou nuls de CSG et d'autres contributions liées dues sur certains revenus de remplacement.

**Article 6 bis : Haussse de la CSG sur les revenus du capital**

▪ Augmentation de la CSG sur les revenus du capital (produits de placement et patrimoine) de 1,4 point (passant d'un taux de 9,2% à un taux de 10,6%).

**Article 6 ter : Lissage de l'augmentation des taux de CSG applicables aux pensions de retraite**

▪ Extension et clarification des règles de lissage du revenu fiscal de référence pour la détermination du taux de CSG applicable aux allocations-chômage, pensions de retraite et d'invalidité.

**Article 6 ter A : Application de la fiscalité applicable aux contrats solidaires et responsables pour des contrats couvrant un socle de garanties essentielles**

**Article 7 : Création d'une contribution des organismes complémentaires (OC) au titre de l'année 2026**

▪ Instauration d'une contribution par les OC pour l'année 2026 au taux de 2,05%, assise sur les cotisations de leurs adhérents (assiette identique à celle de la taxation de solidarité additionnelle).

**Article 7 bis : Incitation fiscale en faveur des coopératives et commerces associés de la pharmacie**

▪ Exonération de CSG pour un taux global de 17,2% sur les bénéfices distribués sous forme de dividendes coopératifs et taux d'imposition forfaitaire réduit (à 15%) pour les officines où notamment la présidence est assurée par un pharmacien en exercice et l'intégralité des droits de vote est détenue par des pharmaciens titulaires d'officine.

**Article 7 ter : Extension du bénéfice du taux réduit de Taxe de solidarité additionnelle (TSA) aux retraités relevant du régime agricole**

- Inclusion des retraités relevant du régime agricole pour le bénéfice du taux réduit de 6,27% de TSA à certains contrats d'assurance maladie complémentaire souscrits par les agriculteurs retraités.

#### **Article 7 quater : Mutualisation des coûts des maladies professionnelles à effet différé en faveur des bénéficiaires de l'obligation d'emploi de travailleur handicapé**

#### **Article 8 : Réduction des niches sociales applicables aux compléments de salaire**

- Mise en place d'un taux de contribution patronale à 8% sur les aides directes (chèques-cadeaux, titres-restaurant, etc.).
- Majoration de 10 points du taux de la contribution patronale sur les indemnités de départ à la retraite et de rupture conventionnelle (soit désormais 40%).
- Facilitation de la reprise d'entreprise par les salariés par déblocage anticipé des droits issus de la participation et de l'intéressement afin de financer un projet de rachat total ou partiel de leur outil de production.

#### **Article 8 bis A : Abaissement à 6 000 euros du plafond d'exemption des compléments de salaire pour les salaires supérieurs à 3 SMIC**

#### **Article 8 bis : Expérimentation du versement par les chefs d'entreprise agricole de leurs cotisations sur la base d'une estimation de leurs revenus professionnels de l'année**

- Expérimentation de trois ans sur la base du volontariat, conditions de mise en œuvre par décret, sous réserve d'une régularisation ultérieure basée sur les revenus définitifs. Le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation de cette expérimentation d'ici le 31 décembre 2027 en vue de sa potentielle généralisation pour 2029.

#### **Article 8 ter : Pérennisation de l'expérimentation du régime social applicable aux outils de fidélisation des salariés par leur association au capital au-delà de 2027 et pérennisation de l'augmentation du plafond d'exonération sur les invitations des collaborateurs à des événements sportifs dans des conditions prévues par décret**

#### **Article 8 quarter : Précision du champ des activités entrant dans l'assiette sociale des exploitants agricoles comme celles relevant du régime social agricole et instaurer d'une exonération de CSG pour les indemnités versées aux exploitants agricoles en application de mesures sanitaires entraînant l'abattage total ou partiel d'un cheptel**

#### **Article 8 quinques : Bénéfice de dispositifs fiscaux (exonération de certaines plus-values de cession à court terme) aux exploitants agricoles relevant de régimes fiscaux spécifiques**

#### **Article 8 sexies : Calcul des allégements généraux sur les minima de branche lorsque ceux-ci sont inférieurs au salaire minimum de croissance**

- Réduction des cotisations patronales calculée sur les minima de branche et non sur le Smic pour les branches dont les minima sont inférieurs au Smic.

**Article 8 septies : Revalorisation de la déduction en cotisations patronales sur les heures supplémentaires pour les entreprises de plus de 250 salariés**

- Extension de la déduction forfaitaire de 0,50€ par heure rémunérée aux entreprises de plus de 250 salariés (équivalente à celle en vigueur pour les entreprises de 20 à 250 salariés).

**Article 8 octies : Commande au gouvernement d'un rapport d'évaluation de la réforme de la protection sociale des travailleurs indépendants (basculement du Régime social des indépendants (RSI) dans le régime général), incluant l'analyse des dysfonctionnements constatés**

**Article 9 : Rationalisation de certaines exonérations**

- Réduction du montant de l'aide à la création d'entreprise et à la reprise d'entreprise (ACRE) et changement des critères d'éligibilité, orientés vers les publics les plus fragiles et l'activité en zone rurale. **Exonération de cotisations.** Le montant de l'exonération, qui est fixé par **décret**, ne peut excéder 25 % des cotisations.
- Rétablissement du dispositif de suppression de l'exonération de cotisations sociales pour les apprentis.

**Article 9 bis : Incitation à la généralisation du dispositif d'aide par l'employeur à l'acquisition à la propriété aux primo accédants**

**Article 9 ter : Harmonisation du calcul des cotisations et contributions sociales pour les exploitants exerçant des activités de location de meublés de tourisme relevant du régime social agricole**

**Article 9 quater : Extension du dispositif dit « TO-DE » relatif à l'exonération dégressive de cotisations patronales pour l'emploi saisonnier aux travaux forestiers**

**Article 9 quinques A : Élargissement du dispositif des Travailleurs Occasionnels-Demandeurs d'Emploi (TO-DE) aux coopératives vinicoles**

**Article 9 quinques : Exclusion des produits donnés aux associations d'aide alimentaire de l'assiette de cotisations pour les entreprises agricoles**

**Article 9 sexies A : Intégration de recettes accessoires et de plus-values d'apport dans l'assiette des non-salariés agricoles**

**Article 9 sexies B : Exclusion de l'assiette des travailleurs indépendants agricoles des rentes versées pour les maladies professionnelles et les accidents du travail**

**Article 9 sexies C : Maintien du bénéfice de l'exonération de cotisations pour les exploitations agricoles d'Outre-mer de moins de 40 hectares**

**Article 9 sexies : Inclusion des chambres d'agriculture et des chambres de commerce et d'industrie dans le champ des exonérations LODÉOM (outre-mer)**

## **Articles 9 septies : Rétablissement de l'exonération de charges patronales pour certaines entreprises maritimes**

### **Article 9 octies : Exonération de cotisations patronales sur la mise à disposition d'une voiture pour les aides à domicile (selon des conditions définies par décret)**

#### **Article 10 : Simplification de la régulation des médicaments**

- Entrée en vigueur de la réforme au 1<sup>er</sup> janvier 2026.
- Maintien pour 2025 des modalités de la clause de sauvegarde mais précision de l'exclusion des remises commerciales dans le calcul du chiffre d'affaire (CA) pour comparaison avec le montant M (mesure s'appliquant sur les contributions dues avant l'entrée en vigueur de la réforme).
  - ~~plafonnement de la contribution due pour les spécialités génériques, les médicaments sous TFR, les spécialités de référence ayant le même prix que leur spécialité générique et pour les spécialités de référence lorsque leur prix de vente au public est inférieur à un seuil fixé défini par décret à 1,75 % du chiffre d'affaires~~
  - exemption des génériques, des spécialités sous TFR et produits acquis par Santé Publique France (SPF)
  - exclusion des exploitants de greffons tissulaires d'origine humaine
  - plafonnement à 10% du CA net des remises conventionnelles.
- Modification du montant M (plafond pour les médicaments) pour 2025 : de 27,25 milliards à 30,6 milliards d'euros. Montants M et Z (plafond pour les dispositifs médicaux) pour 2026 : M à 26,65 milliards d'euros et Z à ~~2,19~~ 2,29 milliards d'euros.
- Création d'une contribution additionnelle sur le CA HT composée de :
  - système de paiement d'avance à hauteur de 95%
  - une contribution de base à hauteur de 0,2% s'appliquant aux spécialités remboursables et non remboursables sur le marché français, avec une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) française ou européenne, à l'exception des génériques, des médicaments orphelins, des médicaments sous accès compassionnel, des stocks de l'État et des médicaments matures
  - une contribution « additionnelle » à hauteur de 1,6% s'appliquant aux médicaments remboursables en ville et à l'hôpital et aux médicaments bénéficiant d'un accès direct
  - une contribution « supplémentaire » dont le taux sera fixé chaque année :
    - le taux de base sera ~~pour 2025 de 4,24%~~ et ~~pour 2026 de 4,01%~~ 6,45% et s'appliquera à un périmètre identique à celui de la clause de sauvegarde (c'est-à-dire : les médicaments remboursables en ville, les médicaments en sus en hospitalisation, les médicaments vendus au détail en Pharmacie à Usage Interne (PUI), les médicaments disposant d'un accès direct, compassionnel et précoce, les préparations de thérapie génique et de thérapie cellulaire xénogénique bénéficiant d'une autorisation d'importation et remboursée et les médicaments acquis par SPF pour faire face à des menaces de santé publique)
- exonération pour les médicaments génériques et les ~~spécialités de référence sous tarif fixe de responsabilité (TFR), hybrides, biosimilaires, ainsi que les spécialités de référence dont le prix de vente au public est inférieur à un seuil fixé par décret (médicaments matures à bas prix)~~

- un taux différencié sera pour 2025 de 1,75% et pour 2026 de 1,65%-4,01% et s'appliquera aux spécialités génériques et s'appliquera aux entreprises dont le CA est inférieur à 50M d'euros
- la contribution supplémentaire sera plafonnée à 10% du CA HT réalisé en France minoré des remises conventionnelles (hors remises commerciales)
  - en cas de déclaration erronée de ces contributions, l'organisme de recouvrement peut fixer fixe le CA retenu pour le calcul.
- Pour les contributions « de base » et « additionnelle », ne seront pas déduites de l'assiette les remises conventionnelles, les remises relevant des accès dérogatoires (accès compassionnel, précoce, direct), et les remises en lien avec des prescription hors AMM (AMM miroir, CPC, etc.).

**Article 10 bis A : Instauration d'une nouvelle taxe pesant sur les laboratoires pharmaceutiques, applicable aux spécialités retardant l'entrée de leur générique au-delà de 12 mois après expiration du brevet, en l'absence d'innovation thérapeutique avérée (3% du CA du produit concerné)**

**Article 10 bis B : Exclusion des exploitants de greffons tissulaires d'origine humaine de la clause de sauvegarde dite « Dispositif médical »**

**Article 10 bis : Exclusion des médicaments génériques, biosimilaires et hybrides de l'assiette de calcul de la clause de sauvegarde pour 2025**

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

- Crédit d'une troisième tranche dans la répartition de la clause de sauvegarde entre entreprises, en fonction du lieu de production des médicaments (correspondant à 20% de la contribution due par chaque entreprise).

**Article 11 : Mise en place d'acomptes de remises conventionnelles dans le secteur du médicament et du dispositif médical (DM)**

- Mise en place de versements d'acomptes à 95% des dernières remises conventionnelles connues (N-2) (acomptes trimestriels à parts égales) par les entreprises exploitant, important ou distribuant des médicaments ou des dispositifs médicaux remboursés. Suivi d'une régularisation dans l'année suivante.
- Calendrier transitoire de versement des acomptes dans le cas des médicaments en 2026. Mise en place des acomptes prévue à partir de 2027 sans phase transitoire dans le cas des DM.
- Modalités particulières de calcul du montant des versements et d'exonération (exemple des nouveaux entrants et entreprises en cours de fusion ou de sortie) seront prévues par décret en Conseil d'État.
- Publication par l'Acoess, pour chaque entreprise concernée, des remises, des prix nets, des tarifs nets et des coûts nets ainsi que le niveau de régularisation par rapport à l'acompte.

**Article 11 bis : Extension du périmètre de la taxe sur les boissons prémix (boissons alcoolisées sucrées avec certaines caractéristiques) aux boissons alcoolisées avec adjonction de substances énergisantes y compris les boissons dont le titrage est supérieur à 12 % vol**

**Article 11 ter : Instauration d'une taxe à 5% sur le CAHT pour les produits n'affichant pas le nutri-score sauf produits AOP, AOC et autres labels qualité** (supprimé dans la version transmise par le Premier Ministre à l'Assemblée)

**Article 11 quater : Ajustement de la contribution sur les dépenses de publicité des établissements de jeux**

**Article 11 quinques A : Création à La Réunion une taxation des publicités en faveur de boissons alcooliques**

**Article 11 quinques B : Instauration d'une taxe sur les sucres ajoutés dans les produits alimentaires destinés aux nourrissons et aux enfants âgés d'un à trois ans**

**Article 11 quinques : Modification du taux de la première part (correspondant au CA HT) de la contribution sur la vente au gros aux officines (passe de 1,5% à 1,3%)**

**Article 11 sexies : Modification des plafonds des remises, ristournes, avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature**

- Plafond général de 2,5% du prix fabriquant hors taxes.
- Plafond pour les génériques, hybrides, spécialités soumises à un TFR à 40% (vs 30% actuellement).
- Plafond pour les biosimilaires et les spécialités de référence au prix du biosimilaire à 20%.

**Article 11 septies : Taxation de l'hexane à 0,3 centimes d'euros par litre pour sa production, vente, ou importation**

**Article 11 octies : Création d'un plan d'épargne association (PEA) sur le modèle du plan d'épargne entreprise (PEE)**

**Article 11 nonies : Augmentation du temps de travail hebdomadaire (faire passer la durée annuelle de travail de 1 607 à 1 619 heures)**

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

- Réaffectations de recettes entre les branches de la sécurité sociale afin de tenir compte des articles du texte et du Projet de loi de finances et d'attribuer aux branches les plus déficitaires des recettes partagées telle que la CSG sur les revenus de remplacement.
- Affectation de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) à l'État par minoration de la fraction de TVA affectée à la CNAM en raison de la perte d'impôt sur les sociétés (IS) associé à la modification de taxation des niches fiscales sur les compléments de salaire.
- Affectation par la CNAM, la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), la Caisse Nationale des Allocations Familiales, union nationale interprofessionnelle pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (Unedic), la retraite complémentaire des salariés de l'agriculture, du commerce, de l'industrie et des services (Agirc-Arrco) à l'État par transfert des gains des allégements généraux au titre de la réforme de 2025 et des économies supplémentaires décidées pour 2026.

- ~~Transfert de 1,6 milliard d'euros de gain partagé par la CNAM et la CNAV vers l'État en raison d'allégements généraux en cotisations sociales.~~
- Compensation de l'État vers la CNAM en raison des exonérations ciblées « aide à domicile » et LODEOM.
- Transfert à la CNAM par l'État de l'effet de la suppression des dépenses fiscales relatives aux I
- indemnités journalières (IJ) versées aux personnes en ALD (qui seront soumises à l'IR).
- Transfert vers la CNAV par l'État du rendement généré par la réforme des retraites du régime de la fonction publique d'État.
- Affectation d'une fraction de CSG activité remplacement à l'Unedic.
- Affectation depuis la branche famille à la branche maladie compte tenu du statut excédentaire de la branche famille d'une partie des revenus issus de la CSG sur les revenus de remplacement.
- ~~Affectation à la CNAV des excédents de la contribution tarifaire d'acheminement.~~
- Report d'un an du mécanisme deversement des sommes dues au profit des bénéficiaires de la Mutuelle sociale agricole (MSA).

**Article 12 bis A : Inclusion des fonds de dotation dans la liste des entités bénéficiant de l'abattement de taxe sur les salaires**

**Article 12 bis : Suppléments de CSG dévolus à la CNSA partiellement redirigés vers les conseils départementaux**

**Article 12 ter A : Maintien des bandeaux famille et maladie pour la SNCF, la RATP et les Industries Électriques et Gazières (IEG)**

**Article 12 ter : Automatisation de l'annulation de la participation de l'Assurance maladie à la prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé reconnus coupables de fraude**

**Article 12 quater : Renforcement de la lutte contre la fraude sociale en accélérant le délai de transmission de données entre l'Acoess et la DGFIP (de 1 an à 1 mois) et exclusion des micro-commerçants du dispositif de précompte des cotisations sociales sur les plateformes**

**Article 12 quinques : Suppression des dérogations aux principes de compensation fixé par la « loi Veil » (exonération de CS sur les heures supplémentaires notamment)**

**Article 12 sexies : Cotisation obligatoire pour les ressortissants extra-communautaires titulaires d'un visa long séjour, précisément, pour les assurés non imposables en France et n'y exerçant pas d'activité professionnelle**

**Article 12 septies : Suppression du pouvoir du gouvernement de ponctionner les réserves de l'Unedic par simple arrêté**

**Article 12 octies : Suppression du pouvoir du gouvernement de ponctionner les réserves de l'Agirc-Arrco par simple décret**

**Article 12 nonies : Augmentation des majorations des taux de cotisations sociales en cas de travail dissimulé**

**Article 12 decies : Suppression du taux de majoration réduit de majorations de redressement appliquée à un fraudeur en cas de paiement dans les 30 jours**

**Article 12 undecies : Modification des montants de pénalités en cas de défaut de transmission sur les travailleurs par l'intermédiaire d'une plateforme (rehaussement du plafond pour la plateforme)**

## TITRE 2 : CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

**Article 13 : Approbation du montant de la compensation des exonérations mentionné à l'annexe 4**

- Crédits ouverts sur le budget de l'État en compensation d'exonérations : 5,67 milliards d'euros en 2026, montant en baisse par rapport aux crédits ouverts en loi de finances initiale pour 2025 (qui s'élevaient à 6,37 milliards d'euros).

**Article 14 : Tableau d'équilibre 2026**

- Équilibre des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : **déficit de 17,5 milliards d'euros** (vs 23 milliards en 2025) **17,6 milliards d'euros.**

**Article 15 : Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du Fonds de réserve pour les retraites (FRR)**

- Prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont nulles pour 2026.
- Objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) est fixé à 16,4 milliards d'euros pour 2026.
- Dette restant à amortir par la CADES au 31 décembre 2026 : 105,3 milliards d'euros (291,2 milliards d'euros auront déjà été amortis). **Transfert de 15 Md€ de déficit cumulé des branches Vieillesse et Maladie du régime général vers la Caisse d'amortissement de la dette sociale.**

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

- Plafond de l'Acoss fixé à 83 milliards d'euros (vs 65 milliards en 2025).
- Niveau de ressources non permanentes de la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel ferroviaire fixé à 360 millions d'euros pour l'année 2026.
- Plafond de la Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines, fixé à 450 millions d'euros.

**Article 16 bis : Priorisation des emprunts de durée inférieure à 1 an auprès de la caisse des dépôts et consignations par les régimes de base de sécurité sociale**

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

- L'annexe présente les données macro-économiques (qui déterminent le niveau de recettes et des dépenses) qui ont permis la construction du projet de loi et des soldes des régimes de base jusqu'en 2029.

## TROISIÈME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR L'EXERCICE 2026

### TITRE 1<sup>ER</sup> : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES

**Article 18 : Extension du champ des participations forfaitaires (PF) et franchises**

- Crédit d'une PF sur les actes et consultations des chirurgiens-dentistes. Modalités de paiement de cette PF sont à fixer par décret.
- Crédit d'une franchise pour les dispositifs médicaux et les produits et prestations de la liste des produits et prestations (LPP). Un décret précisera les modalités d'application de la franchise aux DM facturés dans le cadre d'une location par un distributeur au détail à l'assuré.
- Ces nouvelles PF et franchises seront comptabilisées dans les plafonds journaliers et annuels des PF et franchises, revalorisés à hauteur de 100€ (vs 50€ actuellement) par voie réglementaire.
- Crédit d'un plafond spécifique pour la franchise appliquée aux transports de patients.
- Les usagers complètement exonérés continueront à l'être.

**Article 18 bis A : Définition des conditions dans lesquelles un assuré retrouve ses droits à l'assurance maladie à son retour sur le territoire français (par décret en Conseil d'Etat)**

**Article 18 bis : Lutte contre la fraude aux facturations des lentilles de contact**

- Remboursement conditionné à la télétransmission par l'opticien d'un acte de délivrance qui permet la traçabilité. Précisions d'application par décret.

**Article 18 ter A : Restriction des conditions de justification de résidence principale**

**Article 18 ter : Expérimentation de prise en charge par l'assurance maladie des actes de prélèvements pour les victimes de violences sexuelles et sexistes**

**Article 18 quater : Commande de rapport évaluant la participation de l'assuré aux frais liés aux actes et aux prestations réalisés dans une structure de médecine d'urgence**

**Article 19 : Prévention des affections de longue durée (ALD) par la mise en place de prestations d'accompagnement préventif dédiées**

- Création d'un parcours de prévention, qui peut être un parcours coordonné renforcé, destiné à éviter l'aggravation d'une pathologie chronique vers un état qualifiant pour une ALD (cofinancé par l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires de santé) ; accessible sur prescription médicale qui est à remettre ~~pour avis au service du contrôle médical de la caisse d'assurance maladie dont relève l'assuré (réputé favorable en cas de non réponse)~~. Le médecin traitant assure le suivi.
- Ce parcours ne peut faire l'objet de facturation de dépassements d'honoraires.
- Commande du gouvernement auprès de la HAS d'un avis sur les critères à retenir pour l'accès au dispositif préventif susmentionné (puis définis par décret), ~~la liste des pathologies concernées et pour l'entrée en ALD sont fixées par décret après avis de la HAS~~.

#### **Article 20 : Renforcement de la politique vaccinale**

- Obligation d'immunisation contre la rougeole pour les professionnels et étudiants des secteurs sanitaires et médico-sociaux, ainsi que les professionnels de la petite enfance (liste des professions et activités concernées fixées par décret).
- Obligation de vaccination contre la grippe saisonnière pour les professionnels de santé libéraux (liste des professions et conditions d'application précisées par décret) – sous réserve d'une recommandation préalable de la HAS.
- ~~Obligation d'attestation de vaccination contre la grippe saisonnière pour les personnes résidant en EHPAD (conditions de mise en œuvre précisées par décret) – sous réserve d'une recommandation préalable de la HAS.~~
- Dans ces trois cas, sous réserve que soit identifiée une contre-indication médicale reconnue.
- Modification du financement des centres de vaccination par un financement unique par le Fonds d'intervention régionale (FIR) tandis que les crédits de la Dotation Globale de Fonctionnement (DGF) sont réorientés vers le sous-objectif de l'ONDAM associé. Calendrier d'application de ce transfert de gestion.
- Pilotage de la politique vaccinale définie dans les missions de l'agence régionale de santé.
- Limitation de la rétroactivité de l'obligation vaccinale contre les méningocoques ACWY et B en précisant qu'elle concerne les enfants nés à partir du 1er janvier 2023.

**~~Article 20 bis : Autorisation des médecins généralistes à détenir des vaccins contre la grippe saisonnière, en vue de l'administration aux personnes pour lesquelles ce vaccin est recommandé~~**

**~~Article 20 ter : Autorisation des médecins généralistes à détenir des vaccins contre la grippe saisonnière, en vue d'administration aux personnes qui le demandent~~**

**Article 20 quater : Dispensation de l'avance de la part prise en charge par l'assurance maladie pour le dispositif « mon soutien psy »**

**~~Article 20 quinquième : Interdiction de substances potentiellement toxiques dans les protections périodiques réutilisables prise en charge par la sécurité sociale~~**

**Article 20 sexies : Prolongation de l'expérimentation des haltes soins addictions jusqu'au 31 décembre 2027**

**Article 20 septies : Expérimentation relative à la prise en charge des examens de détection de la soumission chimique étendue à une région ultra-marine**

**Article 20 octies : Commande de rapport d'évaluation sur le dispositif « mon soutien psy »**

**Article 20 nonies : Commande de rapport d'impact financier de la prise en charge des protections périodiques réutilisables pour la population dont l'âge est supérieur à 26 ans**

**Article 20 decies : Commande de rapport d'évaluation sur la mise en place du parcours de santé sur les cancers du sein**

**Article 20 undecies : Commande de rapport sur le fléchage des financements des centres d'études et de conservation des œufs et du sperme (CECOS)**

**Article 20 duodecies : Commande de rapport sur la mise en place des bilans de santé des mineurs de l'aide sociale à l'enfance**

## **Article 21 : Renforcement de l'accès aux soins**

- Création d'un statut de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA) visant à inciter les jeunes médecins à l'issue de leurs études à s'installer et à exercer dans les zones où l'offre de soins est très insuffisante ; qui peut donner lieu à une garantie de revenus (précisions d'application par voie de **décret**). La rémunération complémentaire ne peut dépasser un ratio de 10% des rémunérations du médecin.
- **Création d'un dispositif de rémunération forfaitaire modulée à l'activité en zone sous-dense qui concernera toutes les spécialités et tous les médecins, pas seulement les jeunes.**
- Révision des conditions d'ouverture d'une officine afin de garantir une offre de proximité par élargissement des conditions dérogatoires d'ouverture.
- Rapprochement de la permanence des soins ambulatoires (PDSA) et du service d'accès aux soins (SAS) afin de réduire la complexité du champ des soins non programmés. Renforcement des critères de définition des structures de « point d'accueil pour soins immédiats » et leur identification par une croix orange.
- Programmation de publication d'un cahier des charges pour les structures de soins développées pour les soins non programmés – qui seront fixés par **décret** et mention de leur mode de financement au forfait qui sera versé par l'assurance maladie en fonction de la file active et dont le montant sera fixé par **arrêté**. Les représentants du secteur seront consultés pour l'élaboration du **cahier des charges** ensuite déterminé par **arrêté**. Sont précisés les statuts sous lesquels peuvent émerger ces structures (centre de santé, cabinet médical, etc.). Les professionnels de santé de la structure élaborent un projet de prise en charge des soins non programmés, signés par tous.
- **Précision sur la facturation des activités des étudiants en quatrième année de médecine générale : les consultations réalisées en autonomie par l'étudiant ne donnent pas lieu à une rémunération**

différente de celle ordinairement pourvue par le CHU à l'étudiant et ces consultations seront facturés au patient à tarif opposable (avec collecte du ticket modérateur prélevée ultérieurement sur le salaire de l'étudiant) — conditions d'application à venir par décret.

- Collecte des tickets modérateurs par le maître de stage en compensation des charges liées à l'encadrement de l'étudiant;
- Extension de l'expérimentation des antennes de pharmacie sur l'ensemble du territoire national (avec une antenne par officine).

**Article 21 bis A : Extension à Mayotte de la compétence des infirmiers pour rédiger les certificats de décès**

**Article 21 bis B : Précision des modalités de recouvrement des indus versés aux professionnels de santé libéraux par les centres médico-psychologiques**

**Article 21 bis : Création d'un réseau France Santé visant à améliorer l'accès aux soins**

- Les CPTS deviennent les « communautés France Santé » et seront le pivot du réseau France Santé.
- Organisation et articulation des compétences des structures intégrées au réseau France Santé.

**Article 21 ter : Prise en charge d'une consultation longue sur les facteurs de risques à la ménopause**

**Article 21 quater : Fin du contrat d'aide en début d'exercice pour les jeunes médecins (reportée d'un an)**

**Article 21 quinques : Financement de séances de guidance parentale en cas de diagnostic de trouble du neurodéveloppement chez l'enfant**

**Article 21 sexies : Possibilité de prescription de dispositifs médicaux pour les podo-orthésistes, orthoprothésistes et orthopédistes-orthésistes (liste par arrêté, après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Académie nationale de médecine)**

**Article 21 septies A : Exercice sur adressage des ergothérapeutes**

**Article 21 septies : Encadrement de la pratique de la médecine esthétique**

**Article 21 octies : Extension de la faculté de délégation de tâches aux auxiliaires médicaux au service du contrôle médical par la Mutuelle sociale agricole (MSA)**

**Article 21 nonies : Précisions sur la commande du rapport sur l'accès direct pour les infirmiers (est exclue du contenu de la demande de rapport la définition du rôle propre de l'infirmier ainsi que de la liste des actes et soins qu'il est habilité à réaliser)**

**Article 21 decies : Expérimentation de trois ans de la désignation d'une « équipe de soins traitante »**

## **Article 22 : Simplification et sécurisation du financement des établissements de santé**

- Création d'une base légale à la généralisation de la dématérialisation des échanges entre les établissements de santé et l'assurance maladie et les complémentaires santé.
- Révision des modalités de passage à la facturation directe (FIDES) pour les établissements de santé pour cibler les activités les plus pertinentes au regard de l'évolution des modalités de financement en rendant pérenne l'existence de deux modalités de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) des prestations hospitalières : la facturation et la valorisation (conditions d'application précisées par arrêté).
- Pérennisation du coefficient « honoraires » des établissements privés dans le champ Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) afin de maintenir la possibilité d'exercice de praticiens libéraux en leur sein.
- Modification de la notion du délai limite de transmission des informations de facturation des patients en long séjour en SMR à celui « un an à compter de la date de fin de la prestation d'hospitalisation » (vs 1 an après accueil aujourd'hui).
- Redéfinition de la capacité offerte en termes de facturation par un groupement de coopération sanitaire (GCS) au nom de ses membres : les membres ne peuvent plus facturer une activité si celle-ci est facturée par le GCS.
- Réintroduction de la consultation obligatoire pour avis des organisations nationales représentatives sur les dotations et montants dans le financement des établissements de santé.

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

**~~Article 22 bis : Fin du cumul des facturations par les établissements et par les praticiens, spécifiquement pour l'activité de traitement du cancer par radiothérapie, dans le cadre de l'activité libérale exercée en établissement de santé public~~**

## **~~Article 22 ter : Clarification des modalités de facturation pour l'exercice libéral des médecins dans les établissements de santé publics~~**

## **Article 23 : Report du financement de la protection sociale complémentaire pour les agents de la fonction publique hospitalière**

- Modification de la date du 1<sup>er</sup> janvier 2026 à celle du 1<sup>er</sup> janvier 2027 compte tenu de l'avancée des négociations syndicales (vs 2028 dans la version initiale du PLFSS),

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

- Mise en place d'un mécanisme de régulation des tarifs des secteurs de l'offre de soins à la rentabilité jugée excessive : les tarifs de ces activités devront être révisés à la baisse par les partenaires conventionnels. **~~À défaut, le DG de l'UNCAM sera habilité à une baisse de tarif unilatérale — critères et modalités d'évaluation d'une rente excessive à venir par décret.~~** Cette baisse tiendra compte, notamment, du type d'activités et du niveau d'investissement du secteur concerné. Les évaluations sont rendues publiques. **~~Les montants des baisses de tarifs sont fixés en adéquation avec la réalité~~**

**des besoins territoriaux pour l'offre de soins et mise en place d'un coefficient territorial applicable aux Départements et Régions d'Outre-mer (DROM)**

- **Habilitation du DG de l'UNCAM à décider unilatéralement des montants des forfaits techniques en imagerie médicale après décision motivée.**
- Alignement des tarifs de radiothérapie entre ville et hôpital (fixation par arrêté).
- Régulation du tarif des dialyses afin de réaliser au moins 20 millions d'euros d'économies **d'ici le 1<sup>er</sup> janvier 2027** (par négociation des partenaires conventionnels – si échec le DG de l'UNCAM est habilité à fixer les tarifs). Régulation des tarifs des actes de biologie, de radiologie, de radiothérapie, de médecine nucléaire et anatomopathologie, pour un montant de 100 millions d'euros d'économies en 2026.

**Article 24 bis : Fixation de seuils (chiffre fixé par décret) aux ratios financiers permettant une baisse de tarifs d'office par arrêté ministériel, sans négociation conventionnelle préalable**

**Article 25 : Régulation des dépenses dans le secteur des soins dentaires**

- Extension du régime de maîtrise conventionnelle des dépenses instauré par l'article 41 de la LFSS pour 2025 au secteur des soins dentaires, correspondant à la signature d'accords de maîtrise des dépenses, sans quoi une baisse unilatérale des tarifs pourra être décidée par l'Assurance maladie.
- Remise d'un rapport d'évaluation sur les mesures de déremboursement de soins dentaires de 2023 et 2025.

**Article 25 bis : Baisses de tarifs dans les secteurs de l'ophtalmologie et des soins dentaires**

- Intégration de l'ophtalmologie et des soins dentaires dans le dispositif d'accords de maîtrise des dépenses, avec possibilité de baisse unilatérale des tarifs en cas d'absence d'accord.

**Article 26 : Renforcement des incitations au des professionnels de santé et la maîtrise des dépassements d'honoraires**

- Fixation d'une nouvelle cotisation sur les dépassements d'honoraires dont le taux sera fixé par décret (remplaçant la contribution de 3,25%) afin de rehausser l'attractivité comparative d'une activité en secteur 1 et renforcer l'accès financier aux soins.

**Article 26 bis : Fin du remboursement des prescriptions faites par un médecin non-conventionné**

**Article 26 ter : Flexibilisation du processus de révision de la classification commune des actes médicaux (CCAM)**

**Article 26 quater : Fixation des tarifs des actes et prestations par voie réglementaire en cas d'échec des négociations conventionnelles**

**Article 27 : Efficience, pertinence et qualité des activités des établissements de santé**

- Création d'un dispositif d'incitation financière pour tous les établissements de santé et hôpitaux d'instruction des armées à la performance (IFEP) – modalités d'application à préciser par décret en Conseil d'État tandis qu'un arrêté viendra préciser les objectifs et indicateurs. Prise en compte des

caractéristiques du territoire de santé et de l'établissement dans le cadre du mécanisme d'incitation à l'efficience et la pertinence.

- Parmi les indicateurs qui seront retenus, se trouvent les résultats et expériences rapportées par les patients, la lutte contre les erreurs médicamenteuses évitables et le taux de recours aux protocoles de récupération améliorée après chirurgie.
- Intégration des actions de pharmacie clinique parmi les indicateurs de qualité et de sécurité des soins.
- Cette incitation financière donne lieu soit à une dotation complémentaire ou une pénalité financière (qui ne peut être supérieure à 2% du total des financements de l'Assurance maladie).
- Report d'un an l'entrée en vigueur des pénalités financières, soit au 1er janvier 2027 (vs 2028 dans le texte initial).
- Création d'un levier facilité de mise sous surveillance d'un établissement (un décret en Conseil d'État viendra préciser les actes pouvant être surveillés, durée de surveillance, modalités de ciblage d'un établissement et les modalités de minoration des financements de non-respect).
- En conséquence, extinction progressive des contrats d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins (CAQES) au profit de la nouvelle incitation.

#### **Article 27 bis : Suppression des conditions de surcoûts significatifs ou de pénurie pour activer le plafonnement des dépenses d'intérim**

#### **Article 27 ter : Plafonnement de la rémunération des praticiens contractuels en contrat d'intérim à celle des praticiens en contrat à durée déterminée**

#### **Article 28 : Limitation de la durée de prescription des arrêts de travail (AT) pour maladie et de la durée d'indemnisation des arrêts de travail en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle (AT-MP)**

- Limitation de la durée d'un arrêt de travail (plafond défini par décret) – les motifs de l'arrêt de travail devront figurer sur l'avis d'arrêt de travail. Durée du plafond proposée dans l'exposé des motifs en cas de primo-prescription : 15j en ville et 30j à l'hôpital.
- Le décret ne pourra fixer un plafonnement de la durée de l'arrêt de travail inférieur à 1 mois en primo-prescription et à 2 mois en renouvellement. Application du principe de favorabilité des prestations AT-MP concernant la durée maximale de versement des indemnités journalières.
- Habilitation des chirurgiens-dentistes à prolonger les arrêts de travail. Les chirurgiens-dentistes et les sage-femmes sont habilités à prescrire des arrêts de travail, dans la limite de leur compétence professionnelle respective.
- Détermination d'une date limite de versements des indemnités journalières AT-MP par décret – basculant ensuite en incapacité permanente.
- Possibilité pour le prescripteur de longs arrêts de travail de solliciter l'avis du service du contrôle médical.
- Suppression de l'obligation de visite médicale de reprise après un congé maternité.

#### **Article 28 bis A : Limitation de la possibilité de renouveler des arrêts de travail en téléconsultation**

**Article 28 bis : Extension à Saint-Pierre-et-Miquelon de l'obligation de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical de la caisse de prévoyance sociale**

**Article 28 ter : Changement des règles relatives à la coopération entre médecin traitant et médecin du travail concernant les arrêts de travail **et fixation de la même définition de l'incapacité pour les arrêts de travail maladie et AT-MP****

**Article 29 : Limitation de la durée d'indemnisation des arrêts de travail des assurés ne relevant pas du dispositif de l'affection de longue durée**

- Fin des 1 095 jours d'indemnités journalières sur 3 ans pour les personnes en régime d'ALD « non exonérantes » (correspondant aux règles appliquées aux personnes en ALD) qui seront indemnisées selon les règles de droit commun (360 jours sur 3 ans).
- Fin de la levée du délai de carence à compter du 2<sup>e</sup> arrêt de travail pour les personnes en régime d'ALD non exonérantes.

**Article 30 : Incitation au recours aux outils numériques d'aide à la prescription et à la décision médicale de dernière génération**

- Instauration d'un cadre permettant de soutenir financièrement le recours à des outils numériques innovants (montant lié aux économies réalisées) – conditions d'application par décret.
- Périmètre concerné : systèmes d'aide à la décision médicale commerciaux disposant déjà du marquage CE, certifiés par l'Agence du numérique en santé, en cohérence avec les 15 programmes d'actions de pertinence et de qualité des soins précisés dans l'annexe 9 de ce PLFSS, apportant la démonstration de la participation à l'efficience du système de santé, conformes à un référentiel établi par arrêté, et à référentiel de pertinence établi par la HAS pour le financement, dont la durée maximale qui sera définie par décret. Élargissement de la mesure aux systèmes d'aide à la dispensation pharmaceutique.
- Cet outil ne peut être utilisé à des fins de contrôle et d'évaluation de ses utilisateurs.

**Article 31 : Obligation d'alimentation du dossier médical partagé (DMP) et de sa consultation dans certains cas**

- Mise en place de sanctions en cas de non-alimentation de Mon espace santé par les professionnels de santé (pénalités financières sous seuil d'alimentation) – modalités fixées par décret et arrêté – plafond fixé à 10 000 € par an par professionnel de santé.
- Mise en place de sanctions pour les structures dispensant des soins qui ne proposent pas à leurs professionnels des conditions permettant d'alimenter Mon espace santé (pénalité financière) – barèmes de sanctions par décret en Conseil d'État – plafond fixé à 100 000 € par an par structure.
- Systématisation de la consultation de Mon espace santé dans le cas de la prescription d'actes onéreux (y compris le transport de patients) – liste des actes, sanction par l'Assurance maladie et fréquence du contrôle définie par arrêté.

**Article 32 : Lutte contre le gaspillage des produits de santé**

- Autorisation pour trois ans de l'expérimentation de la collecte et la re-dispensation de médicaments non utilisés en établissements de santé – les médicaments concernés et autres modalités seront

précisés par un décret. Extension de la réutilisation à l'ensemble des médicaments remboursables, quel que soit leur circuit de dispensation initial, tout en limitant la redispensation aux seules PUI participantes à l'expérimentation.

- Autorisation des cessions à titre gratuit à partir du stock sanitaire d'État, hors situation de crise, à des entités publiques (dont la valeur unitaire n'excède pas un seuil fixé par décret).

#### **Article 33 : Amélioration de la pénétration des biosimilaires et des génériques en ville**

- Instauration d'un tiers-paiant contre biosimilaires et hybrides substituables. En cas de refus du patient, il devra faire l'avance des frais.
- Obligation d'une justification médicale à la non-substitution et la mise en place d'un Tarif de Remboursement Ajusté (TRA) (remboursement du bio-référent au prix du biosimilaire le plus cher) – passé un délai de deux ans après l'introduction du premier biosimilaire.
- Suppression de l'obligation de prescrire un nom de marque pour les biosimilaires, au profit de la seule dénomination commune internationale (DCI), pour faciliter la substitution. Obligation préalable d'information du patient avant substitution d'un médicament biologique et délivrance du même médicament biologique similaire que celui précédemment dispensé lors du renouvellement d'une prescription.
- Réduction à 1 an du délai de mise sous TRA des génériques et des hybrides (vs deux ans actuellement).
- Réduction du délai d'inscription automatique des médicaments biosimilaires sur la liste des biosimilaires substituables à 6 mois (vs 1 an).

#### **Article 34 : Adaptation des dispositifs d'accès précoce, d'accès compassionnel et d'accès direct**

- Pas changement sur les différents dispositifs d'accès précoce et compassionnel, et renouvellement de l'expérimentation accès direct pour 2 années supplémentaires.
- Ouverture de la liste des pays retenus pour la tarification des produits de santé (aux caractéristiques de marché proches de la France vs pays européens exclusivement actuellement) – liste à déterminer par décret (Japon donné à titre d'exemple).
- Recadrage de l'accès précoce aux médicaments dont les données cliniques sont immatures : sans AMM, sur engagement de déposer une demande sous deux ans (ou avec AMM mais lorsque la HAS considère que les données ne sont pas suffisamment matures, en proposant un plan de développement clinique). Critères d'éligibilité :
  - traitements de maladies graves, rares ou invalidantes
  - pas de traitement approprié existant
  - présomption d'efficacité
  - présomption d'innovation
  - fin du critère temporel lié à l'urgence
  - autorisation et indemnité libre pour une durée de trois maximum (ou au prix déjà fixé le cas échéant) puis à titre gracieux pendant 12 mois.
- Pérennisation du dispositif d'accès direct :
  - volonté de le recentrer sur les produits avec AMM mais nécessitant une inscription rapide sur les listes de remboursement pour des motifs de santé publique
  - élargissement à l'extension d'indications thérapeutiques

- critères d'éligibilité inchangés (le niveau de SMR sera majeur ou important et le niveau d'ASMR au moins mineur (de niveau I à IV)
- durée de trois ans de l'autorisation
- conservation de l'indemnité libre pour 12 mois en contrepartie de remises annuelles et de débouclage
- fin de la durée maximale de 10 mois de négociation avec le Comité économique des produits de santé (CEPS)
- taux de TVA réduit à 2,10%.
- Clarification de l'accès compassionnel:
  - exclusion de tout produit faisant l'objet d'un développement clinique à visée commerciale afin de ne pas mettre en concurrence ce dispositif avec la recherche clinique
  - intégration des produits pour lesquels il existe déjà une AMM pour une spécialité identique, mais non commercialisée en France
  - dispositions sur les continuités de traitement : 12 mois si accès compassionnel autorisé au motif est qu'une AMM a déjà été délivrée, 24 mois sinon.

**Article 34 bis : Prise en compte de l'implantation des sites de production pour la fixation des tarifs de responsabilité des dispositifs médicaux**

**Article 35 : Expérimentation du référencement de certains médicaments thérapeutiquement équivalents**

- Expérimentation d'une durée maximale de cinq ans, à mettre en place une procédure de référencement nationale par le CEPS de quelques médicaments génériques, hybrides ou biosimilaires substituables sur le champ de la ville sur une période d'un à deux ans maximum (durée définie par décret) en fonction de critères de prix, de sécurité d'approvisionnement, d'impact environnemental.
- Instauration de sanctions en cas de manquement, notamment des pénalités financières ou une exclusion du dispositif, relatifs à la continuité d'approvisionnement.
- Fixation par décret de la date de début de l'expérimentation, sa durée, la méthodologie de l'évaluation, ses objectifs et les modalités de sa conduite et de la rédaction du rapport d'évaluation.

**Article 35 bis : Adaptation de la période prise en compte pour le calcul des stocks de sécurité de médicaments à constituer**

**Article 36 : Adaptation du financement des établissements accompagnant des enfants et des jeunes en situation de handicap dans le cadre de la réforme SERAFIN**

- Réforme du financement des établissements pour enfants handicapés par une dotation au forfait (à la place) et des financements complémentaires prévus dans un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) (passage d'une tarification en fonction du niveau de charges à une tarification en fonction du niveau de ressources). Période transitoire pour convergence des systèmes de tarification de 2027 à 2034. Précisions déterminées par décret.

**Article 36 bis : Renforcement des sanctions applicables en cas de fausse déclaration de la part d'un établissement social et médico-social (ESMS) (entrée en vigueur en 2028)**

**Article 36 ter : Assouplissement de la procédure d'autorisation des ESMS à caractère expérimental**

**Article 37 : Contribution de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) à la prise en charge du coût de l'accord du 4 juin 2024 pour les départements**

- Versement par la CNSA aux départements d'une aide financière annuelle et pérenne prenant effet le 1<sup>er</sup> janvier 2025 selon leur nombre de places personnels concernés par lesdites mesures de revalorisations salariales en établissements pour personnes âgées et en situation de handicap à chaque département – modalités fixées par décret.

**Article 37 bis : Modalités de calcul du coefficient géographique appliquée aux outre-mer dans le cadre des concours de la CNSA aux départements**

**Article 38 : Déduction des indemnitations versées par les assurances et fonds d'indemnisation de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH)**

- Reconnaissance de la subsidiarité de l'APA à domicile et de la PCH vis-à-vis des indemnités versées par des tiers responsables pour permettre aux départements de déduire ces indemnités du montant des prestations — précisions par décret sur la transmission des informations et les conditions de déduction.

**Article 39 : Amélioration de la reconnaissance des maladies professionnelles**

- Pour le système principal - fondé sur l'application des tableaux de maladies professionnelles - proposition de la fixation des modalités générales d'établissement du diagnostic d'une maladie à un décret en Conseil d'État (soumis à avis des partenaires sociaux) : pour être renvoyé aux recommandations de bonne pratique de la HAS et des sociétés savantes, afin d'assouplir les modalités de diagnostic des maladies professionnelles en cohérence avec les avancées scientifiques et les équipements de diagnostic disponibles dans chaque territoire en France.
- Prise en compte des données acquises de la science dans les modalités d'établissement du diagnostic des pathologies figurant sur les tableaux de maladies professionnelles.
- Pour le système complémentaire, le périmètre d'intervention du CRRMP est recentré sur les dossiers les plus complexes afin de raccourcir son délai de traitement des dossiers.

**Article 39 bis : Inclusion des agents chimiques dangereux dans les facteurs de pénibilité pris en compte par le fonds d'investissement dans la prévention de l'usure professionnelle**

**Article 39 ter : Report de l'entrée en vigueur de la réforme des prestations d'incapacité permanente de la branche (1<sup>er</sup> novembre 2026)**

**Article 40 : Extension du bénéfice du capital décès aux ayants droit des non-salariés agricoles décédés à compter du 1er janvier 2026 à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (AT-MP)**

- Harmonisation entre les ayants droit des salariés agricoles et non agricoles et des travailleurs indépendants non agricoles et ceux des non-salariés agricoles.
- Quelle que soit la cause du décès (maladie, accident de la vie privée, suicide et, désormais, AT-MP), les ayants droit des non-salariés agricoles pourront ainsi bénéficier du capital décès.
- Versement d'un capital aux ayants droit en cas de décès d'un non-salarié agricole inactif et titulaire d'une pension d'invalidité ou d'une rente avec taux d'incapacité élevé.

#### **Article 41 : Optimisation du recouvrement des pensions alimentaires**

- Alignement du périmètre du paiement direct exercé par l'agence de recouvrement et d'intermédiation des pensions alimentaires avec le délai légal de prescription applicable aux créances alimentaires, à savoir 5 ans.

#### **Article 42 : Création d'un congé supplémentaire de naissance**

- Création d'un congé supplémentaire de naissance allant jusqu'à 2 mois en plus des droits au congé de maternité, paternité, accueil de l'enfant ou adoption (dans la limite de 9 mois).
  - pour les salariés : indemnisation dégressive (1<sup>er</sup> mois indemnisé à 70% du salaire net antérieur et 2<sup>ème</sup> mois indemnisé à 60% du salaire net antérieur)
  - pour les indépendants : l'indemnité journalière forfaitaire soumise à un abattement comme pour les salariés, suivant une même logique incitative pour le deuxième parent.
  - le congé peut être fractionné en deux périodes d'un mois. Au moins un mois de ce congé est pris de manière non simultanée avec l'autre parent
  - ce congé ne peut être fractionné, il doit être pris dans la limite du neuvième mois de l'enfant
  - entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2026 (vs 1<sup>er</sup> janvier 2027)
  - extension du congé supplémentaire de naissance aux agents stagiaires de l'Etat.

#### **Article 42 bis : Prise en charge par la branche famille des dépenses d'un nouveau-né en maternité**

#### **Article 42 ter : Inscription dans le droit de l'âge pour majoration des allocations familiales**

#### **Article 42 quater : Ajustement des règles de prise en compte des indemnités de fin de contrat pour le calcul du complément de libre choix du mode de garde**

#### **Article 42 quinques : Ajustement des règles de prise en compte des indemnités de fin de contrat soumises à cotisations et des indemnités compensatrices de congés payés dans l'appréciation du plafond horaire du complément du libre choix du mode de garde**

#### **Article 42 sexies : Disposition visant à étendre le déploiement du dispositif Pajemploi+ pour lutter contre les impayés d'assistantes maternelles et conditionnement du versement du complément du mode de garde à l'adhésion au service Pajemploi+**

#### **Article 43 : Rationalisation et simplification du cumul emploi-retraite (CER)**

- Modification du dispositif de cumul de la pension et de revenus professionnels et de remplacement en trois étages : avant l'âge légal, entre l'âge légal et 67 ans puis après 67 ans (qui a été détourné de

son but premier : en faire un dispositif de complément de revenu accessoire ciblé sur les retraités les plus modestes).

- écrêttement de la pension à 100% avant l'âge légal
- cumul emploi-retraite partiel entre l'âge légal et 67 ans, écrêttement de la pension à 50% au-delà d'un seuil fixé par décret (proposé à 7000€)
- au-delà de 67 ans, cumul intégral libre ouvrant le droit à une seconde pension
- ajout de dérogations au cumul emploi-retraite pour les non-salariés agricoles telle d'une dérogation au bénéfice des bailleurs à métayage.

#### **Article 43 bis : Ajustement du dispositif de l'article 87 de la LFSS pour 2025 qui prévoit la réforme du mode de calcul des pensions de retraite des non-salariés agricoles**

#### **Article 44 : Stabilisation du montant des prestations sociales (dont pensions)**

- Maintien des plafonds de ressources pour les prestations familiales et non-revalorisation de l'ensemble des prestations sociales pour 2026. Exclusion de ce gel l'allocation pour adulte handicapé et les pensions de retraite inférieures à 1400 euros, afin de préserver les concitoyens les plus fragiles.
- Réduction du coefficient de revalorisation annuelle des pensions de retraite de base à hauteur de 0,4 point de 2027 à 2030. Coefficient de revalorisation annuelle des pensions de retraite de base réduit de 0,5 point supplémentaire, soit de 0,9 point.
- Alignement de l'indexation des rentes versées par l'office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) sur les pensions d'invalidité (vs jusqu'ici sur les pensions de retraite).
- Suppression des renvois à des arrêtés annuels de revalorisation des plafonds de ressources de certaines prestations familiales.

#### **Article 45 : Réduction des inégalités entre les femmes et les hommes à la retraite**

- Inclusion des majorations de durée d'assurance (MDA) pour enfant dans les trimestres cotisés pris en compte pour l'ouverture du droit d'accès à la retraite anticipée pour carrière longue pour les femmes.
- Réduction du nombre des meilleures années de salaire prises en compte pour le calcul du salaire ou revenu annuel moyen des mères (24 meilleures années pour un enfant ou 23 ans pour deux enfants et plus contre 25 ans actuellement) – à préciser par décret.
- Bonification d'un trimestre pour chacun de leurs enfants nés à compter du 1er janvier 2004, pour les femmes fonctionnaires ou militaires, ayant accouché postérieurement à leur recrutement.

#### **Article 45 bis : Suspension du calendrier d'augmentation de l'âge légal de départ et de la durée d'assurance prévu par la réforme des retraites de 2023**

- Âge d'ouverture des droits (AOD) réduit d'un trimestre par rapport à celui prévu par la réforme pour les générations nées de 1964 à 1968, pour une application de l'AOD à 64 ans pour la génération 1969. Rectification équivalente sur la durée d'assurance requise pour l'atteinte du taux plein.
- Commande d'un rapport sur la situation des pensions de retraite à Mayotte.

- ~~Élargissement de cette suspension aux assurés relevant des catégories actives, et super actives de la fonction publique, aux militaires ayant plus de 15 ans de service, ainsi qu'aux infirmiers ayant exercé leur droit d'option pour la catégorie A.~~
- ~~Élargissement des effets de la suspension à Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon qui se voient appliquer un calendrier spécifique de mise en œuvre de la réforme.~~

## TITRE II : DOTATIONS ET OBJECTIFS DE DÉPENSES DES BRANCHES ET DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES OBLIGATOIRES

### **Article 46 : Financement du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé et contribution de la branche autonomie aux agences régionales de santé (ARS)**

- Participation en 2026 des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation et l'investissement en santé : 401 millions d'euros.
- Contribution en 2026 de la branche autonomie au financement des ARS : 190 millions d'euros.

### **Article 47 : Financement d'opérateurs par l'assurance maladie**

- Montants en 2026 des contributions de l'assurance maladie auprès de l'Office National d'Indemnisation des Accidents Médicaux, des Affections Iatrogènes et des Infections Nosocomiales (ONIAM), l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM), l'agence nationale de santé publique, l'agence de biomédecine, la HAS, l'Agence du Numérique en Santé (ANS), l'école des hautes études en santé publique, l'établissement français du sang, l'agence nationale d'appui à la performance hospitalière (ANAP), l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), le centre national de gestion et l'agence nationale de développement professionnel.
- ~~Gel des dotations aux opérateurs financés par le 6e sous-objectif de l'Ondam. Enveloppe globale réhaussée de 55 millions d'euros par rapport à 2025.~~

### **Article 48 : Objectif de dépenses de la branche maladie**

- Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès : ~~267,5 milliards d'euros~~ ~~268,5 milliards d'euros~~ pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

### **Article 49 : Objectif de dépenses d'assurance maladie**

- ~~Objectif national des dépenses d'assurance maladie pour 2026 : à 270,4 milliards d'euros (soit une évolution de +1,6 % par rapport à 2025 à champ constant).~~

### **Article 50 : Dotations de la branche AT-MP**

- Transferts de la branche Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA), à l'assurance maladie.

### **Article 51 : Objectif de dépenses de la branche ATMP**

- Objectif de dépense de la branche accidents du travail et maladies professionnelles des régimes obligatoires de base : 18,0 milliards d'euros (+ 3,3 % par rapport à 2025).

**Article 52 : Objectif de dépenses de la branche vieillesse**

- Objectif de dépenses de la branche vieillesse pour 2026 : **307,5 milliards d'euros** **308,1 milliards d'euros** pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale (+1,3% par rapport à 2025).

**Article 53 : Objectif de dépenses de la branche famille**

- Objectif 2026 de dépenses de la branche famille de la sécurité sociale : **59,4 milliards d'euros (+0,1% par rapport à 2025)** **59,6 milliards d'euros.**

**Article 54 : Objectif de dépenses de la branche autonomie**

- Objectif 2026 de dépenses de la branche autonomie de la sécurité sociale : 43,5 milliards d'euros (+3,25% par rapport à 2025).