Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2027

Après transmission au Sénat le 23 octobre 2026

Calendrier du PLFSS

- 1er octobre 2026 : dépôt du texte à l'Assemblée nationale
- Semaine du 12 au 18 octobre 2026 : examen par la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale
- Semaine du 19 au 25 octobre 2026 : examen en séance plénière à l'Assemblée nationale
- 23 octobre 2026 : texte rejeté à l'Assemblée nationale et transmission de la petite Loi au Sénat
- 4 novembre 2026 : réunion de la commission des affaires sociales pour le rapport
- Semaine du 9 au 13 novembre 2026 : examen du texte par la commission des affaires sociales du Sénat puis, examen en séance publique au Sénat
- 18 novembre 2026 : vote solennel sur l'ensemble du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2027 au Sénat
- Promulgation de la loi : avant le 31 décembre 2026

Sont surlignées en vert les mesures prévues en application de ce PLFSS et qui nécessiteront l'adoption de textes réglementaires ou d'ordonnances.

ARTICLE LIMINAIRE : PREVISIONS DE DEPENSES, DE RECETTES ET SOLDE DES ADMINISTRATIONS DE SECURITE SOCIALE

Article liminaire : Prévisions de dépenses, de recettes et de solde des administrations de sécurité sociale pour les années 2026 et 2027 (en points de PIB)

- Recettes pour l'année 2026 : 26,8%
- Dépenses pour l'année 2026 : 27%
- Solde pour l'année 2026 : -0,1%
- Recettes pour l'année 2027 : 27%
- Dépenses pour l'année 2027 : 26,8%
- Solde pour l'année 2027 : 0,2%

PREMIERE PARTIE : DISPOSITION RELATIVES AUX RECETTES ET A L'EQUILIBRE GENERAL DE LA SECURITE SOCIALE POUR L'EXERCICE 2026

Article 1er : Rectification des tableaux d'équilibre

- Équilibre des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : déficit de 21,8 milliards d'euros.
- Les prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont nulles.
- Objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale : 16 milliards d'euros.

Article 2 : Rectification de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et des sous-objectifs 2026

- Dépenses du champ de l'ONDAM : 273,3 milliards d'euros.

Article 3 : Rectification des contributions d'Assurance maladie au Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) des Agences régionales de Santé (ARS)

- Le montant est baissé de 42 millions (359 millions au lieu de 401 millions).

DEUXIEME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET A L'EQUILIBRE GENERAL DE LA SECURITE SOCIALE POUR L'EXERCICE 2027

TITRE 1er
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

- 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.
  - Le montant de cette exonération est fonction de la baisse du chiffre d'affaires constatée par l'employeur pour la période considérée par rapport à l'année précédente, selon des modalités et conditions prévues par décret.
- Réduction forfaitaire des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants implantés dans ces mêmes communes selon des modalités fixées par décret.
- Sécurisation des mesures d'urgence prises par les organismes de recouvrement (octroi de reports de paiements de cotisations, etc.).
- Pérennisation de la réduction de cotisations patronales applicable au titre de la rémunération des salariés sapeurs-pompiers volontaires.
- Prolongation des délais prévus par la loi d'urgence pour Mayotte en réponse au cyclone Chido visant des plans d'apurement et d'abandons des dettes de cotisations et contributions sociales.

Article 5 : Suppression des exonérations sociales applicables aux ateliers et chantiers d'insertion publics

- 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 » à partir du 1er janvier 2027.

Article 6 : Simplification du régime social applicable aux indemnités de rupture de contrat de travail

- Création d'un plafond unique d'exemption de cotisations sociales et de la contribution sociale généralisée sur les indemnités versées à l'occasion d'une rupture de contrat de travail qui sera le plafond annuel défini par la sécurité sociale (48 060 euros pour 2026).

Article 7 : Rationalisation de l'assiette des allègements généraux de cotisations sociales

- Pérennisation du régime social favorable de la prime de partage de la valeur au 1er janvier 2027.
- Exemption de prélèvements sociaux sur les primes de partage de la valeur versées en 2027 pour les salariés des entreprises de moins de 50 salariés.
- Pérennisation du mécanisme de renonciation à des jours de repos, en confortant 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 » aux produits sucrés et aux produits transformés

- Création de deux contributions :

- Sur les produits transformés préemballés sucrés (monosaccharides ou disaccharides) : barème par seuil de sucres par quintal
- Sur les produits préemballés présentant des édulcorants de synthèse : 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.

Article 9 : Régulation macroéconomique des dispositifs médicaux (DM)

- Exigence de création d'un code d'identification individuelle pour chaque DM et son exploitant.
  - La CNAM est chargée de collecter ces codes et de les publier.
  - Ce code sera exigé pour la prise en charge du produit.
  - Le code d'identification est exigé pour l'inscription par description générique
  - L'inscription sur la LPP est subordonnée à un certificat de conformité à la charte sur la promotion.
  - Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application.
- Création d'une nouvelle contribution pour les exploitants de DM :
  - Assise sur les montants remboursés par l'Assurance maladie à hauteur de 70% hors TVA et remises conventionnelles.
  - Le taux de cette contribution est de 3,6% pour 2027.
  - Si l'exploitant prouve que cette assiette dépasse son chiffre d'affaires hors taxes sur ces produits, l'assiette peut être plafonnée à ce chiffre d'affaires.
  - La contribution est versée par chaque entreprise au plus tard au 1er novembre de l'année suivante.

Article 10 : Amélioration de la régulation de la chaîne de valeur de la distribution du médicament

- Création d'un statut juridique pour les groupements de pharmacies d'officine.
  - Couvre toute personne physique ou morale qui œuvre dans les activités suivantes : négociation des achats, mise à disposition d'enseignes, prestations de services, référencement, approvisionnement, promotion commerciale et valorisation des données.
  - Obligations nouvelles :
    - adresser à chaque officine bénéficiaire un rapport annuel détaillant les activités réalisées et présentant une synthèse des rémunérations perçues
    - transmettre préalablement au conseil compétent de l'Ordre des pharmaciens les projets de contrats, conventions, avenants et stipulations relatives à l'adhésion, afin qu'il puisse formuler des observations
    - communiquer annuellement au Conseil national de l'Ordre des pharmaciens et à la Caisse nationale de l'assurance maladie la liste des officines accompagnées.
  - Extension des obligations déclaratives des entreprises pharmaceutiques à l'ensemble des spécialités remboursables concernées, afin de mieux suivre les sommes versées aux intermédiaires pour favoriser leur commercialisation.
- Création d'une contribution assise sur les sommes encaissées par les groupements auprès des entreprises pharmaceutiques en contrepartie de services favorisant la commercialisation des médicaments remboursables, notamment la négociation commerciale, le référencement, la promotion et la valorisation des données.
  - à un taux de 15%

- les sommes sont déduites du montant versé au groupement bénéficiaire et conservées par l'entreprise jusqu'à leur reversement auprès des organismes compétents au profit du branche maladie de l'Assurance maladie
- exclusion de l'assiette de cette contribution les sommes rémunérant l'achat des médicaments par les groupements ainsi que les prestations de manipulation physique liées à leur stockage ou à leur distribution en gros

- Encadrement du contrôle fiscal et social de la contribution en imposant aux entreprises la conservation des justificatifs comptables et des éléments de calcul, ainsi qu'aux groupements la transmission annuelle d'un bilan détaillé des activités et des rémunérations perçues.
- Application des nouvelles dispositions relatives à la contribution à compter du 1er janvier 2027, avec une déclaration spécifique des sommes versées en 2026, à effectuer au plus tard le 1er septembre 2027.
- Report au 9 mai 2028 l'échéance de la convention nationale du 9 mars 2022 régissant les relations entre les pharmaciens titulaires d'officine et l'Assurance maladie, afin de décaler son renouvellement d'une année.

Article 11 : Régulation macro-économique des produits de santé

- Modification du montant « M » (clause de sauvegarde médicament) pour 2026 : 22,15 milliards d'euros au lieu de 22,10 milliards d'euros.
- Fixation du montant « M » pour 2027 à 22,44 milliards d'euros.
- Fixation des taux de la contribution supplémentaire à 7,06% pour le taux de base et 4,01% pour le taux différencié applicable aux entreprises dont le chiffre d'affaires est inférieur à 50 millions d'euros (contre 6,45 % et 4,01 % en 2026).
- Fixation du montant « Z » à 2,24 milliards d'euros (clause de sauvegarde 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

- Prorogation de la contribution exceptionnelle des organismes complémentaires au financement de la complémentaire santé solidaire (C2S) au taux de 2,05% assisse sur l'ensemble des sommes collectées par les mutuelles, assurances et institutions de prévoyance sur les contrats maladie.

Article 13 : Réforme du financement des départements pour les dépenses APA/PCH

- Diversification des financements des départements au titre de leurs charges en matière d'autonomie.
- Fixation d'une part de contribution sociale généralisée aux départements afin de couvrir leurs dépenses.

Article 14 : Clarification des transferts financiers au sein de la sécurité sociale

- Réaffectations des recettes entre différentes branches de la sécurité sociale.
- Répartition de la baisse de Taxe sur la Valeur Ajoutée (TVA) affectée à la CNAM sur l'ensemble des branches de la sécurité sociale
- Prise en charge par la branche famille
  - des majorations de pension uniquement pour les assurés ayant eu ou élevé trois enfants versées par le régime des fonctionnaires territoriaux ou hospitaliers conformément aux

recommandations afin de rétablir la situation financière de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)

- des dépenses d'indemnités journalières liées au congé supplémentaire de naissance (seulement jusqu'au plafond annuel de la sécurité sociale)
- de toutes les dépenses d'indemnités journalières du risque maternité (auparavant versées partiellement par la branche maladie).

TITRE 2
CONDITIONS GENERALES DE L'EQUILIBRE FINANCIER DE LA SECURITE SOCIALE

Article 15 : Approbation du montant de la compensation des exonérations ciblées

- 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 par rapport aux crédits ouverts en loi de finances initiale pour 2026 qui s'élevaient à 8,9 milliards d'euros.

Article 16 : Tableau d'équilibre 2027

- Équilibre des régimes obligatoires de base de sécurité sociale : déficit de 12,7 milliards d'euros.

Article 17 : Objectif d'amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du FRR

- Les prévisions de recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont nulles.
- Pour l'année 2027, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) est fixé à 16,5 milliards d'euros.
- En 2027, la dette restant à amortir par la CADES devrait s'élever à 104,2 milliards d'euros, 290,7 milliards d'euros ayant déjà été amortis par la caisse.

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

- Le plafond d'emprunt de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) est fixé à 85 milliards d'euros pour l'exercice 2027, soit 2 milliards de plus qu'en 2026.
- Le plafond de la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel ferroviaire (CPRPF) fixé à 530 millions d'euros entre le 1er et le 6 janvier 2027 puis 370 millions d'euros sur le reste de l'année 2027.
- Le plafond de la caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) est fixé à 440 millions d'euros.
- Le plafond d'emprunt de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) est augmenté à 15,3 milliards d'euros en 2027.

Article 19 : Approbation du rapport sur l'évolution pluriannuelle du financement de la sécurité sociale

- Approbation de l'annexe A présentant la trajectoire pluriannuelle des régimes obligatoires de base ainsi que l'ONDAM.

- L’annexe A 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 2030.

TROISIEME PARTIE : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES POUR L'EXERCICE 2027

TITRE 1er
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES

CHAPITRE 1er
RENFORCER L'ACCES AUX SOINS

Article 20 : Renforcement de la coordination entre médecin traitant, le médecin du travail et le médecin conseil pour améliorer le suivi médical des personnes en arrêt de travail de longue durée et prévenir la désinsertion professionnelle

- Permission d'échanges d'informations sur le patient pour la réinsertion professionnelle entre les médecins et autres professionnels de santé du service du contrôle médical et du service de santé au travail selon des modalités définies en décret en Conseil d'Etat.
- Les coordonnées du médecin du travail seront inscrites au dossier médical partagé (DMP).

Article 21 : Renforcement de l'accès aux soins : déployer une mission de solidarité territoriale pour les médecins en soutien du réseau France Santé

- Création d'une mission de solidarité territoriale dans les zones très sous-denses ou dans les zones non pourvues d'une maison France Santé à moins de 30 minutes.
- Soutien financier à cette nouvelle mission par une indemnité de mission pour les médecins et grâce au recrutement d'assistants médicaux dans les cabinets secondaires.
- Un arrêté des ministres précise les conditions dans lesquelles les médecins et les structures de soins bénéficient des indemnisations (montant et nombre de jours maximal).

Article 22 : Mode de rémunération de structures d'exercice coordonné pour renforcer l'accès aux soins de personnes vulnérables

- Ouverture d'une possibilité de rémunération forfaitaire ajustée dans les centres de santé selon le profil du patient.
- Création d'un cadre juridique ad hoc pour les centres et maisons de santé dits « participatifs » : implantation dans des territoires où les taux de pauvreté sont supérieurs à la moyenne nationale et mode de fonctionnement fondé sur la co-construction du projet de santé avec les usagers afin de pérenniser leurs financements.

Article 23 : Prise en charge des actes d'assistance à la téléconsultation pour les infirmiers salariés intervenant au domicile des patients

- Prise en charge des actes d'assistance à la téléconsultation pour les infirmiers salariés de sociétés de téléconsultation intervenant sur le lieu de vie des patients.

Article 24 : Renforcement de l'accès aux soins des enfants pris en charge par le service d'aide sociale à l'enfance (ASE)

- Financement par le FMIS des investissements de centres de santé et de maisons de santé dédiés à l'enfance protégée, avec sept centres pilotes soutenus à hauteur de 38 millions d'euros.

Article 25 : Renforcement de la prise en charge sanitaire des mineurs victimes de violences

- Reconnaissance de la mission des établissements de santé à accueillir les enfants victime ou suspecté de l'être pour une prise en charge pluridisciplinaire via le déploiement progressif des unités d'accueil pédiatrique enfants en danger (UAPED) – 164 UAPED prévues d'ici 2027.

Article 26 : Mise en place de la complémentaire santé au bénéfice des agents de la fonction publique hospitalière

- Versement d'un forfait en 2027 destiné à couvrir en partie les frais associés à une complémentaire santé pour les agents dans l'attente de l'aboutissement des négociations.
- Montant défini par décret.

CHAPITRE 2ème
CONSOLIDER LES DISPOSITIFS DE PREVENTION EN SANTE

Article 27 : Accès à la vaccination

- Calendrier vaccinal : quand la Haute Autorité de santé émet une nouvelle recommandation vaccinale, le calendrier peut être mis à jour directement, sans avis préalable supplémentaire.
- Vaccination des professionnels et étudiants soumis à obligation :
  - L'employeur (ou l'établissement qui a inscrit l'étudiant ou l'élève) paie la vaccination, ainsi que les tests sanguins qui prouvent une immunisation déjà acquise.
  - Les personnes concernées devront prouver qu'elles remplissent leurs obligations (sauf pour la grippe) selon des modalités fixées par arrêté : à l'entrée en formation ou en poste, au recrutement, à l'agrément ou à son renouvellement, ou lors d'une nouvelle affectation.
- Centres de vaccination mieux financés :
  - Leurs dépenses sont couvertes par un fonds dédié, en complément des subventions des collectivités.
  - Les communes et groupements de communes qui gèrent un centre peuvent aussi obtenir ce soutien, en plus du financement habituel de leurs services d'hygiène et de santé.
  - Les vaccins sont pris en charge par l'assurance maladie pour les assurés et leurs ayants droit, et par le dispositif d'aide médicale d'État pour les personnes qui en relèvent.
  - Plus d'acteurs impliqués : 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 entrent dans le champ des structures concernées, et les laboratoires peuvent être inclus dans les accords conventionnels avec l'assurance maladie.
- Vaccins à l'hôpital :
  - Certains vaccins et médicaments préventifs d'immunisation, autorisés sur le marché, pourront être remboursés en plus des forfaits hospitaliers habituels, s'ils figurent sur une liste fixée par arrêté.
  - Leur prix est négocié avec le Comité économique des produits de santé, qui le fixe lui-même en cas de désaccord. Les ministres peuvent s'y opposer et fixer le prix sous 15 jours.
  - Le remboursement se base sur un tarif de référence, éventuellement réduit à une fraction par arrêté.
  - Le patient ne peut jamais se voir facturer la différence entre le prix de vente et ce tarif, et l'établissement ne peut pas acheter au-dessus du prix limite fixé.

- Vaccins en EHPAD : les établissements d'hébergement pour personnes âgées dotés d'une pharmacie interne bénéficient du même principe. Une liste de vaccins pris en charge par l'assurance maladie, en plus des soins habituels, sera fixée par arrêté, avec le même mode de remboursement et les mêmes garde-fous sur les prix. Ces vaccins figurent au calendrier des vaccinations.

Article 28 : Préservation de l'efficacité des médicaments antibiotiques et sécurisation de leur disponibilité

- Création d'un statut juridique dédié aux médicaments antibiotiques : un antibiotique est tout médicament à usage humain destiné à agir contre les bactéries, pour soigner ou prévenir une infection.
- Garantir de l'État pour certains antibiotiques jugés essentiels d'un chiffre d'affaires minimal en France. Si les ventes sont inférieures, elle reçoit une compensation. Si elles dépassent certains seuils, elle verse des remises.
- Contreparties exigées : l'entreprise doit assurer la disponibilité et la continuité de l'approvisionnement et respecter des mesures de bon usage. En cas de manquement, la compensation peut être réduite, suspendue ou remboursée, avec une pénalité possible jusqu'à 10 % de son chiffre d'affaires en France.
- Lutter contre les résistances bactériennes : les antibiotiques sont soumis à des règles particulières de prescription et de délivrance, renforcées pour ceux qui présentent un risque de mésusage ou favorisent les résistances.
- Délivrance à l'unité : elle pourra être rendue obligatoire pour certains antibiotiques, afin d'éviter les stocks inutilisés et les traitements inappropriés.
- Téléconsultation : la prescription d'antibiotiques à distance pourra être encadrée ou limitée à certaines situations cliniques lorsque l'absence d'examen physique ne permet pas de garantir sa pertinence.

Article 29 : Renforcement de l'accessibilité aux dispositifs de prévention

- 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.
- Modalités définies en décret en Conseil d'Etat.
- Les sanctions applicables en cas de non-respect 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.

CHAPITRE 3ème
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

- Évaluation par la HAS de la pertinence de poursuivre le remboursement d'un médicament, à la demande des ministres de la Santé ou de la Sécurité sociale.
  - Modalités de cette évaluation précisées par décret en Conseil d'Etat.
  - Elle tient compte de l'évolution des connaissances scientifiques, de sa place dans la stratégie de soins, des alternatives disponibles (notamment les plus récentes) et de critères médico-économiques.

- Réévaluation annuelle : chaque année, certains médicaments ou classes de médicaments sont réévalués, notamment sur leur service médical rendu. Ils sont choisis par la Haute Autorité de santé ou à la demande des ministres.
  - Données complémentaires : à l'issue d'une réévaluation, la Haute Autorité de santé peut demander à l'entreprise de fournir de nouvelles données en vue d'une réévaluation dans un délai de cinq ans. Sans transmission dans les délais, une pénalité allant jusqu'à 10 % du chiffre d'affaires annuel du médicament peut être prononcée.
  - Transparence sur les suites : si la réévaluation conclut qu'un médicament ne devrait plus être remboursé, les ministres doivent annoncer publiquement sous six mois ce qu'ils comptent faire.
- Réévaluation des conditions de délivrance : l'Agence nationale de sécurité du médicament peut, de sa propre initiative ou à la demande des ministres, réévaluer le classement de médicaments soumis à prescription obligatoire. Les entreprises concernées doivent lui transmettre les données scientifiques demandées, et l'Agence tient compte de ce qui se pratique dans les autres pays européens.

Article 31 : Harmonisation et convergence tarifaire de l'activité de radiothérapie en ville et à l'hôpital

- Convergence entre le secteur hospitalier et le secteur libéral vers un mode de rémunération pour la radiothérapie au forfait, déterminé selon la nature de la prise en charge, des techniques utilisées et des caractéristiques des patients.
- Montants fixés par arrêté des ministres.

Article 32 : Sécurisation des modalités de facturation à l'assurance maladie

- Possibilité pour la caisse de réclamer tout ou partie des sommes versées en cas de transmission hors délai des documents de facturation ou hors conditions dans le cadre du tiers payant, avec un recouvrement comme une cotisation de sécurité sociale.
- Prescription portée à un an après la réalisation de l'acte pour que les professionnels demandent à être payés en tiers payant.
- Elargissement de l'obligation de télétransmission à tous les professionnels de santé, aux transporteurs sanitaires, aux prestataires et distributeurs de matériel, aux sociétés de téléconsultation, aux centres de santé, aux taxis et aux psychologues.
- Entrée en vigueur à une date fixée par décret, entre 2028 et début 2029.
- Nécessité d'agrément pour les logiciels de facturation à l'assurance maladie, avec obligation de mise à jour dans les délais, d'alimentation par défaut du DMP et sanctions prévues pour les éditeurs en cas de retard ou de non-respect.

Article 33 : Suppression de l'ANDPC et convergence des dispositifs de développement professionnel continu et de certification périodique

- Suppression de l'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC), dont les missions, les biens, les contrats et les personnels sont transférés à la Haute Autorité de santé et à la Caisse des dépôts et consignations.
- Pilotage scientifique confié à la Haute Autorité de santé, qui définit les orientations et les méthodes, contrôle la qualité scientifique et pédagogique des actions et participe au conventionnement et à l'évaluation des organismes de formation.

- Création au sein de la Haute Autorité de santé d'une commission chargée des méthodes, des orientations scientifiques, du référentiel de conventionnement des organismes, de la prévention des conflits d'intérêts et des avis publics sur les deux dispositifs.
- Gestion administrative et financière confiée à la Caisse des dépôts et consignations pour tous les professionnels de santé (financement des actions, contrôle administratif et financier, service dématérialisé), dans le cadre d'une convention pluriannuelle avec l'État et d'un rapport annuel.
- Contributions des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont les montants sont fixés chaque année, réparties entre la Haute Autorité de santé et la Caisse des dépôts et consignations.
- Obligation de DPC : suppression pour les professions ordonnées, désormais soumises à la certification périodique, afin d'éviter une double obligation. Pour les autres professionnels de santé, la période de justification passe de trois à six ans.
- Allongement de plusieurs délais de certification périodique (de quatre à six ans dans un cas), et report de l'échéance au 1er janvier 2032 pour les professionnels en exercice au 1er janvier 2026. Suppression de l'avis du conseil national de la certification périodique.
- Maintien de l'enregistrement et de l'évaluation des organismes de DPC pour la durée restante, poursuite des procédures en cours et des paiements, transfert des systèmes d'information sans rupture. Les agents contractuels conservent leur contrat.
- Entrée en vigueur à une date fixée par décret, au plus tard le 31 décembre 2027.
- Clarification des rôles entre pilotage scientifique et gestion administrative, dans le cadre du programme « État efficace » et des travaux de l'IGAS.

CHAPITRE IV
PÉRENNISER LE SYSTÈME DE RETRAITES ET LE RENDRE PLUS ÉQUITABLE

Article 34 : Forfaitisation et harmonisation de la majoration de pension pour enfants

- Forfaitisation de la majoration de pension pour enfants, aujourd'hui proportionnelle à la pension, devient un montant forfaitaire identique pour les hommes et les femmes, fixé par décret et revalorisé chaque année.
- Majoration accordée aux assurés ayant eu ou élevé un nombre minimum d'enfants, avec des conditions et modalités de calcul précisées par décret en Conseil d'État.
- Application du même principe aux régimes de base, aux fonctionnaires civils et militaires, aux salariés et non-salariés agricoles, aux marins et aux pensions de réversion.
- Majoration complémentaire pour les fonctionnaires et les marins, création d'une majoration forfaitaire supplémentaire dont le montant varie selon le nombre d'enfants.
- Plafonnement pour les fonctionnaires, la pension majorée ne peut pas dépasser le dernier traitement ou la dernière solde, avec réduction à due proportion en cas de dépassement.
- Le juge pénal peut priver du bénéfice de la majoration le parent privé ou déchu de l'autorité parentale après une condamnation pour certains crimes ou délits commis contre l'un de ses enfants.
- Les pensions de réversion sont également majorées d'un montant forfaitaire lorsque le bénéficiaire remplit les conditions.
- Entrée en vigueur pour les pensions prenant effet à compter du 1er juillet 2027.
- L'objectif de la mesure est la réduction de l'écart de pension entre femmes et hommes (37 % en 2023), la majoration proportionnelle profitant davantage aux pensions élevées, donc plus souvent

aux hommes. Le forfait avantagera les pensions modestes, avec un coût global du même ordre que le système actuel à partir du troisième enfant.

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

- Revalorisation automatique pour l'année 2027 des pensions de base selon l'inflation, y compris pour leurs majorations, accessoires et suppléments.
- Protection des pensions modestes et mise à contribution des pensions les plus élevées :
  - les assurés dont le total des pensions (base et complémentaire, droits directs et dérivés) au 31 décembre 2026 ne dépasse pas 1 260 euros par mois sont revalorisés à hauteur de l'inflation.
  - zone de transition entre 1 260 et 1 281 euros, la revalorisation est progressivement réduite par paliers (1 265, 1 270, 1 275 et 1 281 euros), sans jamais conduire à une baisse.
  - pensions plus élevées : au-delà de 1 281 euros, un décret peut fixer une revalorisation inférieure à l'inflation, de plus en plus faible selon des seuils (jusqu'à 2 000 euros, puis 2 034 euros et plus), en tenant compte de la situation financière du système de retraite.
- Aucune pension ne peut baisser, et aucune ne peut être revalorisée au-delà de l'inflation.
- Décrets successifs : plusieurs décrets peuvent être pris en 2027 pour relever les coefficients, avec effet rétroactif au 1er janvier 2027. Ils ne peuvent que les ajuster à la hausse.
- Sans décret : à défaut de décret publié avant le 31 octobre 2027, les pensions au-delà de 1 281 euros sont gelées (coefficient égal à un) pour 2027.
- Régimes en points : un décret précise comment appliquer la mesure (attribution de points supplémentaires ou coefficient).
- Impact financier : environ 4,0 milliards d'euros en 2027 dans l'hypothèse d'un gel des pensions au-delà de 1 281 euros, dont 3,0 milliards au titre du redressement de la branche vieillesse.

CHAPITRE V
GARANTIR L'EQUITE DES PRESTATIONS FAMILIALES

Article 36 : Création d'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

- Création d'une nouvelle allocation de remplacement pour les non-salariés agricoles (chefs d'exploitation, aides familiaux, associés, collaborateurs) qui cessent leur activité pour s'occuper d'un enfant atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité, nécessitant une présence soutenue et des soins contraignants.
  - Couvre les frais de remplacement sur l'exploitation, par un salarié d'un groupement d'employeurs conventionné avec la MSA ou, à défaut, par un salarié recruté directement.
  - Droit ouvert dans les mêmes conditions que pour l'allocation de présence parentale, avec accord préalable du contrôle médical.
  - Durée de cent jours au maximum, répartis sur une période fixée par décret.
  - Prolongation de cent jours supplémentaires à titre exceptionnel, sur nouveau certificat médical et accord du contrôle médical.
  - Nouvelle ouverture du droit possible en cas de rechute ou de récidive, ou lorsque la gravité de la pathologie nécessite toujours une présence soutenue et des soins contraignants.
  - Si le remplacement est impossible, les assurés bénéficient de l'allocation journalière de présence parentale.

- Non-cumulable avec l'allocation journalière de présence parentale sur la même période, les indemnités journalières, les autres prestations de remplacement, la prestation partagée d'éducation de l'enfant, le complément et la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé pour le même enfant, ni l'allocation aux adultes handicapés.
- Précisions par décret : montants, limite d'âge de l'enfant, durée de la période de versement et conditions de paiement.

- Entrée en vigueur à une date fixée par décret, au plus tard le 1er juillet 2027.

Article 37 : Restriction de l'accès aux prestations familiales pour les étrangers extra-UE

- Obligation de résidence en France depuis au moins un an pour percevoir des prestations familiales pour les ressortissants étrangers hors UE.
  - Cela ne s'applique pas aux réfugiés, aux bénéficiaires de la protection subsidiaire, aux apatrides, ni aux personnes bénéficiant de l'égalité de traitement en vertu du droit européen ou d'un accord international. Ni aux prestations destinées aux familles confrontées au handicap, à la maladie grave ou au décès d'un enfant.
  - Mayotte : le délai de résidence est porté de deux à trois ans dans les dispositions spécifiques du territoire.
- Entrée en vigueur : à une date fixée par décret, au plus tard le 1er juillet 2027.

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)

- Prolongation de l'expérimentation pour les EHPAD et les USLD (fusion des sections soins et dépendance versée par l'ARS) jusqu'au 31 décembre 2027 au lieu de 2026, afin de concerter les départements et d'examiner les conditions d'une éventuelle généralisation.

Article 39 : Intéressement à l'efficience des EHPAD et des services autonomie à domicile

- Intéressement financier des EHPAD et les services autonomie à domicile à l'efficience et à la pertinence de leurs activités de soins et de prévention de la perte d'autonomie : l'ARS peut leur attribuer une dotation complémentaire selon l'atteinte d'objectifs nationaux ou régionaux (par exemple moins de chutes ou d'hospitalisations évitables), mesurés par des indicateurs.
- Un décret fixera les modalités d'application du dispositif.

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

- Dotation de l'Assurance maladie au FMIS fixée à 411 millions d'euros pour l'année 2027.
- Dotation de la CNSA aux ARS est fixée à 189 millions d'euros pour l'année 2027.

Article 41 : Dotation aux opérateurs financés par le 6ème sous-objectif

- Fixation des montants pour 2027 : l'assurance maladie finance onze opérateurs, dont les dotations sont fixées par la loi.
  - Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) : 214 millions d'euros.
  - Agence nationale de santé publique : 349,05 millions d'euros.
  - Agence de biomédecine : 56,18 millions d'euros.
  - Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) : 145,14 millions d'euros.
  - Haute Autorité de santé : 70,45 millions d'euros.
  - Agence du numérique en santé : 76,20 millions d'euros.
  - Établissement français du sang : 129,40 millions d'euros.
  - École des hautes études en santé publique : 55,68 millions d'euros.
  - Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) : 19,25 millions d'euros.
  - Agence technique de l'information sur l'hospitalisation : 12,24 millions d'euros.
  - Centre national de gestion : 42,76 millions d'euros.
- Dotation plafonnée à 230,53 millions d'euros pour les missions de DPC, maintenue à ce stade compte tenu de l'entrée en vigueur différée de la suppression de l'ANDPC (au plus tard fin 2027).
- Un arrêté des ministres de la Santé et de la Sécurité sociale peut compléter ou ajuster ces dotations, dans la limite du plafond du 6ème sous-objectif de l'ONDAM. Ces ajustements peuvent tenir compte d'un risque de dépassement de l'ONDAM, des dépenses contraintes constatées en cours d'année ou des besoins liés à la gestion de crises.

Article 42 : Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès

- Objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès fixé à 277,1 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale.

Article 43 : Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) et sous objectifs de l'ONDAM

- 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.

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

- Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) : contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP) fixée à 325 millions d'euros pour 2027.
- Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) : contribution de la branche AT/MP fixée à 453,3 millions d'euros, afin d'assurer l'équilibre du fonds (déficitaire de 41 millions d'euros en 2026). Les dépenses continuent de progresser (+2,8 %), moins vite que l'an dernier (+4,2 %).
- Sous-déclaration des AT/MP : transfert de la branche AT/MP vers la branche maladie porté à 2 milliards d'euros (contre 1,6 milliard les années précédentes).
- Pénibilité : montants couvrant les dépenses supplémentaires liées à la retraite anticipée pour incapacité permanente et au compte professionnel de prévention, fixés à 302,7 millions d'euros pour la branche AT/MP du régime général (175,5 M€ et 127,2 M€) et à 21,68 millions d'euros pour celle du régime des salariés agricoles (19,94 M€ et 1,7 M€).

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.

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.

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.

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.