



Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026

Après dépôt à l'Assemblée nationale le 14 octobre 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.

Présentation du projet de loi

Retraites

- Suspension de l'augmentation de l'âge légal de départ à la retraite jusqu'en janvier 2028.

Produits de santé et régulation du médicament

- Instauration d'une nouvelle contribution sur les médicaments du périmètre de la clause de sauvegarde dont le taux est fixé chaque année.
- Instauration d'un système d'acomptes trimestriels sur les remises conventionnelles versées par les industriels, pour améliorer la trésorerie de l'assurance maladie.

Financement et recettes

- Création d'une contribution de 2,25 % sur les cotisations des organismes complémentaires santé pour la seule année 2026.
- Mise en place d'une contribution patronale de 8 % sur les compléments de rémunération (chèques-cadeaux, titres-restaurant, etc.).
- Extension des participations forfaitaires aux actes des chirurgiens-dentistes et des franchises aux dispositifs médicaux, avec revalorisation du plafond annuel à 100 €.
- Gel de toutes les retraites de base qui seraient maintenues au niveau de 2025 et sous-indexation de 0,9 point en 2027 et de 0,4 point jusqu'à 2030.

Prévention et santé publique

- Création d'un parcours de prévention pour éviter l'évolution des maladies chroniques vers une affection de longue durée (ALD).
- Renforcement de la politique vaccinale : obligation vaccinale contre la rougeole pour les professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et de la petite enfance, obligation de vaccination contre la grippe pour certains professionnels de santé et pour les résidents d'EHPAD (sous réserve d'avis favorable de la HAS).
- Nouveau congé de naissance de deux mois, qui s'ajoute aux autres dispositifs, indemnisé par la Sécurité sociale.

Accès aux soins et organisation du système de santé

- Création d'un statut de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA) pour favoriser l'installation de jeunes médecins dans les zones sous-dotées.
- Révision des conditions d'ouverture d'officines pour renforcer la couverture pharmaceutique dans les territoires.

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 : 27%
- Solde pour l'année 2025 : -0,3%
- Recettes pour l'année 2026 : 26,7%
- Dépenses pour l'année 2026 : 26,6%
- Solde pour l'année 2026 : 0,1%

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

Article 1er : 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'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).

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

TITRE 1^{er} : 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.

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.

Article 6 : Maintien des seuils de revenus pris en compte pour le calcul de la 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 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 2,25%, assise sur les cotisations de leurs adhérents (assiette identique à celle de la taxation de solidarité additionnelle).

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%).

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.

- Suppression de l'exonération de cotisations salariales pour les contrats d'apprentissage.
- Redéfinition du statut de jeune entreprise innovante (part de charges en R&D portée à 25%).

Article 10 : Simplification de la régulation des médicaments

- Maintien pour 2025 des modalités de la clause de sauvegarde mais précision de l'exclusion des remises commerciales dans le calcul du CA pour comparaison avec le montant M (mesure s'appliquant sur les contributions dues avant l'entrée en vigueur de la réforme).
- Modification du montant M pour 2025 : de 27,25 milliards à 30,6 milliards d'euros. Montants M et Z pour 2026 : M à 26,65 milliards d'euros et Z à 2,19 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 AMM française ou européenne, à l'exception des génériques, des médicaments orphelins, des médicaments sous accès compassionnel et des stocks de l'État
 - 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% 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 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)
 - un taux différencié sera pour 2025 de 1,75% et pour 2026 de 1,65% et s'appliquera aux spécialités génériques
 - 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 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 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. Suivis 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.

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 PLF et d'attribuer aux branches les plus déficitaires des recettes partagées telle que la CSG sur les revenus de remplacement.
- Affectation de la CNAM à l'État par minoration de la fraction de TVA affectée à la CNAM en raison de la perte d'IS associé à la modification de taxation des niches fiscales sur les compléments de salaire.
- Affectation par la CNAM, la CNAV, la CNAF, Unedic, Agirc-Arrco à l'État par transfert des gains des allègements 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'allègements 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 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 de reversement des sommes dues au profit des bénéficiaires de la MSA.

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).

Article 15 : Objectif d’amortissement de la dette sociale et prévisions sur les recettes du 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).

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 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^{er} : DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES

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

- Création d’une PF sur les actes et consultations des chirurgiens-dentistes. Modalités de paiement de cette PF sont à fixer par **décret**.
- Création 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.
- Création d’un plafond spécifique pour la franchise appliquée aux transports de patients.
- Les usagers complètement exonérés continueront à l’être.

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).
- 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.

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.
- Modification du financement des centres de vaccination par un financement unique par le FIR tandis que les crédits du 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 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**).
- 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.
- 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'AM en fonction de la file active et dont le montant sera fixé par **arrêté**.
- 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**.

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 SMR afin de maintenir la possibilité d'exercice de praticiens libéraux en leur sein.
- Modification de la notion du délais 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.

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

- Modification de la date du 1er janvier 2026 à celle du 1er janvier 2028 compte tenu de l'avancée des négociations syndicales.

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**.
- Habilitation du DG de l'UNCAM à décider unilatéralement des montants des forfaits techniques en imagerie médicale
- 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 en 2026 (par négociation des partenaires conventionnels – si échec le DG de l'UNCAM est habilité à fixer les tarifs).

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.

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 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.
- 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).
- 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 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.
- Habilitation des chirurgiens-dentistes à prolonger les arrêts de travail.
- Détermination d'une date limite de versements des indemnités journalières AT-MP par **décret** – basculant ensuite en incapacité permanente.
- Suppression de l'obligation de visite médicale de reprise après un congé maternité.

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 2e 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**.

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**.
- 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-payant 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 DCI, pour faciliter la substitution.
- Réduction à 1 an du délai de mise sous TRA des génériques et des hybrides (vs deux ans actuellement).

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

- 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 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 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 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 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 37 : Contribution de la 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 1er janvier 2025 selon leur nombre de places en établissements pour personnes âgées et en situation de handicap à chaque département – modalités fixées par décret.

Article 38 : Déduction des indemnités 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 : 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.
- 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 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

- 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.

Article 41 : Optimisation du recouvrement des pensions alimentaires

- Alignement du périmètre du paiement direct exercé par l'ARIPA 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 (1er mois indemnisé à 70% du salaire net antérieur et 2ème 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.

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).
 - Écrêtement de la pension à 100% avant l'âge légal.
 - Cumul emploi-retraite partiel entre l'âge légal et 67 ans, écrêtement 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.

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.
- 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**.

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.

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'ONIAM, l'ANSM, l'agence nationale de santé publique, l'agence de biomédecine, la HAS, l'ANS, l'EHESP, l'établissement français du sang, l'ANAP, l'ATIH, le centre national de gestion et l'agence nationale de développement professionnel.
- 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 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 ATMP

- 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 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).

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).